LAPORAN AKHIR

HIBAH RISET MUHAMMADIYAH BATCH V

INTERVENSI PENCEGAHAN *STUNTING* 1000 HPK TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN KELUARGA DI DESA BINAAN *QORYAH THOYYIBAH*

DISUSUN OLEH:

Ketua Tim: Ratih Indah Kartikasari (Universitas Muhammadiyah Lamongan)
Anggota: Ihda Mauliyah (Universitas Muhammadiyah Lamongan)

MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN

PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH

2021/2022

SURAT KETERANGAN
LAPORAN AKHIR HIBAH RISET MUHAMMADIYAH BATCH V

Dengan ini, kami **Lembaga Penelitian dan Publikasi Universitas Muhammadiyah Lamongan** menyatakan bahwasanya penelitian yang dilakukan oleh :

Nama lengkap	: Ratih Indah Kartikasari
NIDN	: 0725038702
Jabatan Fungsional	: Asisten Ahli
Program Studi	: Kebidanan
Nomor HP	: 081949607210
Alamat email	: ratih.umla@gmail.com
Skema	: Penelitian Dasar
Judul Penelitian	: Intervensi Pencegahan Stunting 1000 HPK Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Di Desa Binaan Qoryah Thoyyibah
Tempat Pelaksanaan	: Desa Kebalan Kulon Sekaran Lamongan

Telah berhasil diselesaikan dengan baik dan **sudah/sedang/akan** mempublikasikan luarannya sesuai dengan target masing-masing skema selambat-lambatnya bulan Desember 2022.

Lamongan, 18 Maret 2022

Hormat kami,
Ketua LPPM UM Lamongan

Abdul Rokhman, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NPP. 19881020201211 056

DAFTAR ISI

Halaman Sampul ……. i
Surat Keterangan LPPM …… ii
Daftar isi ..…… iii
Abstrak . ……. 1
I. Pendahuluan ……..... 2
II. Tinjauan Pustaka …… 5
III. Metode Penelitian …….. 16
IV. Hasil dan Pembahasan…….……... 20
Daftar Pustaka
Lampiran - lampiran

ABSTRAK

Masalah yang sedang dihadapi Indonesia saat ini terkait kualitas Sumber Daya Manusia adalah stunting. Stunting mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan otak. Permasalahan stunting terjadi mulai dari dalam kandungan dan baru akan terlihat ketika anak sudah menginjak usia dua tahun atau 23 bulan. Tujuan penelitian ini menganalisis pengaruh intervensi pencegahan stunting 1000 HPK terhadap tingkat kemandirian keluarga. Penelitian ini menggunakan Pre Eksperimental One Group Pretest Posttest Design dengan sampel 32 keluarga yang memiliki ibu hamil atau bayi atau balita (0-23 bulan) di Desa Qoryah Thoyyibah, Kebalan Kulon. Tingkat kemandirian keluarga diukur dengan wawancara menggunakan kuesioner Keluarga Mandiri (KM) yang akan digunakan pada pre dan post intervensi. Intervensi dilakukan berupa pemberian Health Education dengan pendekatan keluarga. Data dianalisis dengan Wilcoxon Signed Ranks Test. Hasilnya, ada kenaikan tingkat kemandirian yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan intervensi pencegahan stunting pada 1000 HPK (p-value=0.002). Intervensi Health Education yang dilakukan dengan pendekatan keluarga disertai kemandiran keluarga yang baik merupakan kunci sukses pencegahan stunting, dimana selain ada ikatan emosional juga dukungan informasi dari lingkungan sehingga masalah stunting bisa dicegah sedini mungkin.

Kata kunci : Kemandirian keluarga, Stunting, 1000 Hari Pertama Kehidupan

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Sumber Daya Manusia (SDM) yang unggul merupakan modal dasar negara untuk bisa bersaing di kancah dunia. Pencetak generasi negara yang unggul dimulai sejak dalam kandungan seorang ibu hingga balita berusia 23 bulan atau 2 tahun yang disebut 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) serta termasuk *Golden Age*. Dimana pada masa ini, pertumbuhan dan perkembangan seorang balita sangat pesat sehingga dibutuhkan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhannya. Masalah yang sedang dihadapi Indonesia saat ini terkait kualitas SDM adalah *stunting*. *Stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 HPK (Dirjen P2M, 2018). *Stunting* mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan otak. Akibat kekurangan gizi pada 1.000 HPK bersifat permanen dan sulit diperbaiki. Anak *stunting* juga memiliki risiko lebih tinggi menderita penyakit kronis di masa dewasanya (Portal Informasi Indonesia, 2019).

Permasalahan *stunting* terjadi mulai dari dalam kandungan dan baru akan terlihat ketika anak sudah menginjak usia dua tahun. Selain mengalami pertumbuhan terhambat, *stunting* juga seringkali dikaitkan dengan penyebab perkembangan otak yang tidak maksimal. Anak *stunting* mempunyai *Intelligence Quotient* (IQ) lebih rendah dibandingkan rata – rata IQ anak normal (Kemenkes RI, 2018). S*tunting* berkontribusi terhadap 1,5 juta (15%) kematian anak balita di dunia dan menyebabkan 55 juta *Disability-Adjusted Life Years (DALYs)* yaitu hilangnya masa hidup sehat setiap tahun. Hal inilah yang akan menghambat kemajuan negara apabila tidak segera diatasi. Hasil riset terhadap 84.000 anak balita dalam bentuk hasil Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) prevalensi balita *stunting* pada 2019 sebanyak 27,67 persen (Portal Informasi Indonesia, 2019). Meskipun ada sedikit penurunan dari tahun 2018 namun masih belum sesuai dengan standar WHO, oleh sebab itu pemerintah Indonesia memprioritaskan pada upaya preventif dan promotif untuk menurunkan angka kejadian *stunting* pada balita.

Di Kabupaten Lamongan, tahun 2020 masih terdapat 31 desa lokus *stunting*. Pimpinan Daerah Aisyiyah (PDA) Lamongan masuk dalam tim percepatan pencegahan *stunting* Kabupaten Lamongan tahun 2019. Kegiatan berkembang

terutama untuk cabang/ranting yang memiliki BSA-QT untuk mendukung pelaksanaan intervensi spesifik dan sensitive untuk *stunting* (Majelis Kesehatan PDA Lamongan, 2021). Desa Kebalan Kulon Kecamatan Babat pada tahun 2020, terdapat 2 kasus balita *stunting*, tahun 2021 turun menjadi 1 kasus. Ibu hamil yang mengalami Kurang Energi Kronis (KEK) per-Juli 2021 ditemukan 3 kasus dan bayi/balita yang mengalami BB turun/tetap sebanyak 6 kasus (PWS KIA Puskesmas Sekaran, 2021). Dengan ditemukannya kasus tersebut meningkatkan risiko *stunting* pada balita, sehingga harus dilakukan intervensi untuk mencegahnya.

Secara langsung *stunting* dipengaruhi oleh kurangnya asupan gizi masa lalu serta penyakit terutama penyakit infeksi, dimana penyebab langsung saling mempengaruhi satu sama lain. Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan keluarga, pola asuh dan pola keluarga serta kesehatan lingkungan dan pelayanan kesehatan (Kementerian Perencanaan dan Pembangunan Nasional, 2018). Penelitian oleh Islam et al (2020) menyatakan hal yang berhubungan dengan kejadian stunting pada anak usia 0-23 bulan yaitu berat badan ibu yang rendah, pendidikan ibu yang kurang, nutrisi yang buruk, kurangnya akses untuk mendapatkan nutrisi yang baik, tidak memberikan ASI eksklusif, diare, dan berat badan bayi rendah saat lahir. Upaya dalam mengurangi angka kejadian *stunting* dengan memenuhi kebutuhan nutrisi sejak 1000 hari pertama kehidupan (Sutarto et al., 2018).

Pencegahan stunting pada 1.000 HPK yang dicanangkan oleh pemerintah adalah lima paket layanan intervensi, sebagai berikut ; a. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA); b. Konseling Gizi Terpadu; c. Air Bersih dan Sanitasi; d. Perlindungan Sosial; dan e. Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD). Dalam penelitian ini hanya berfokus pada intervensi KIA melalui pemberian *Health Education* (HE) dengan pendekatan keluarga. HE tentang Tablet Tambah Darah, Pentingnya *Ante Natal Care* (ANC), Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, Makanan Pendamping-ASI (MP-ASI), Imunisasi Dasar dan Pencegahan dan Deteksi dini Stunting pada 1000 HPK. Upaya preventif dan promotif ini dikaitkan dengan keluarga dalam pencegahan *stunting*. Selaras dengan penelitian Januarti et al (2020), Pemberdayaan keluarga berbasis kekeluargaan dapat meningkatkan pencegahan *stunting* pada balita. Pemberdayaan keluarga merupakan sebuah kondisi tidak bergantungan pada orang lain dalam

mengambil keputusan dan memiliki sikap percaya diri. Pemberdayaan keluarga dapat dibentuk dari keluarga yang mandiri. Penelitian ini juga bersinergi dengan sifat gerakan *Qoryah Thoyyibah* yakni memberdayakan masyarakat pada tingkat individu, keluarga dan masyarakat.

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang di dalamnya ada ikatan hukum, biologis, sosial, psikologis, dan ekonomis (Fitriana, 2018). Keluarga memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan masing-masing anggota keluarga (Kertapati, 2019). Keluarga memiliki peran dalam pencegahan dan penanggulangan *stunting. Stunting* tidak terlepas dari masalah gizi, hal ini berkaitan erat dengan ruang lingkup keluarga (Elisawati, 2018). Kemandirian keluarga merupakan langkah efektif dalam pencegahan stunting (Abdillah, 2018). Diharapkan dengan upaya promotif ini tingkat kemandirian keluarga terhadap pencegahan *stunting* dapat meningkat seiring dengan bertambahnya wawasan keluarga sehingga meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak.

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Bagaimanakah Pengaruh Intervensi Pencegahan Stunting 1000 HPK Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Di Desa Binaan Qoryah Thoyyibah?

1.3 TUJUAN

1.3.1 Tujuan Umum

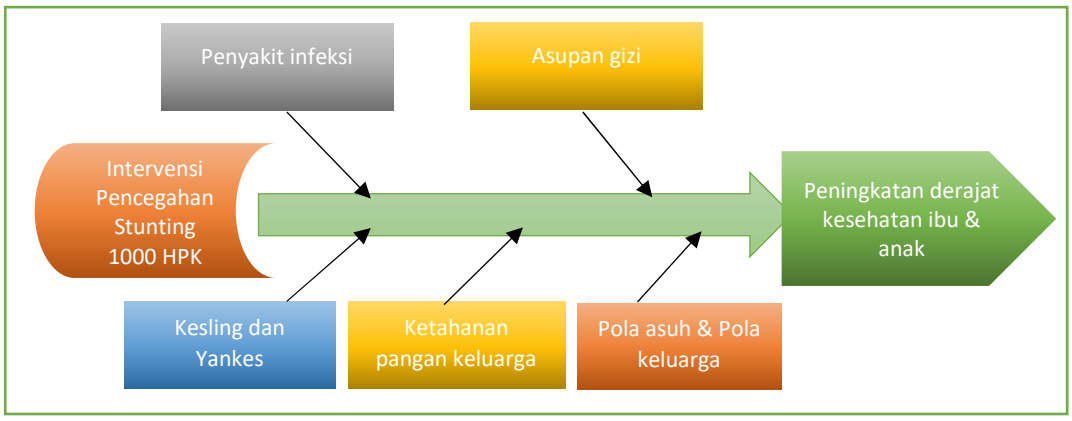
Menganalisis Pengaruh Intervensi Pencegahan Stunting 1000 HPK Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Di Desa Binaan Qoryah Thoyyibah.

1.3.2 Tujuan Khusus

a. Mengidentifikasi Tingkat Kemandirian Keluarga sebelum Intervensi Pencegahan Stunting 1000 HPK Di Desa Binaan Qoryah Thoyyibah.
b. Mengidentifikasi Tingkat Kemandirian Keluarga sesudah Intervensi Pencegahan Stunting 1000 HPK Di Desa Binaan Qoryah Thoyyibah.
c. Menganalisis Pengaruh Intervensi Pencegahan Stunting 1000 HPK Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Di Desa Binaan Qoryah Thoyyibah

1.4 PETA JALAN PENELITIAN

Gambar 1.1 Peta Jalan dalam bentuk Fishbone Pengaruh Intervensi Pencegahan *Stunting* 1000 HPK Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Di Desa Binaan Qoryah Thoyyibah



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP STUNTING 1.000 HPK

2.1.1 Pengertian

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (Dirjen P2M, 2018). Kondisi gagal tumbuh pada anak balita disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu lama serta terjadinya infeksi berulang, dan kedua faktor penyebab ini dipengaruhi oleh pola asuh yang tidak memadai terutama dalam 1.000 HPK (Kemenkes RI, 2018).

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Balita stunting di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal. Anak stunting mempunyai *Intelligence Quotient* (IQ) lebih rendah dibandingkan rata – rata IQ anak normal (Kemenkes RI, 2018).

2.1.2 Indikator Stunting

1) Penilaian Status Gizi

Status gizi pada seorang balita (1 – 5 tahun) membutuhkan nutrisi yang lebih banyak karena pada masa inilah dianggap sebagai masa keemasan (*Golden Age*). Dalam masa ini seorang anak akan mengalami perkembangan fisik, mental, dan akan menemukan berbagai hal yang baru, sehingga terpenuhinya nutrisi pada masa ini sangatlah berperan penting (Hasdianah, Siyoto, & Peristyowati, 2014).

Penilaian status gizi pada dasarnya bisa dilakukan dengan empat macam penilaian yakni ada antropomentri, klinis, biokimia dan biofisik (Supriasa, 2012).

a. Pengukuran Antropomentri

Antropometri merupakan salah satu cara penilaian status gizi yang berhubungan dengan ukuran tubuh yang disesuaikan dengan umur dan tingkat gizi seseorang. Pada umumnya antropometri mengukur dimensi dan komposisi tubuh seseorang (Supriasa, 2012).

b. Indeks Antropomentri

1) Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Indeks status gizi BB/U merupakan indeks masalah gizi yang digambarkan secara umum. BB/U yang rendah umumnya disebabkan karena pendek (masalah gizi kronis) ataupun sedang menderita diare serta penyakit infeksi lainnya (masalah gizi akut) yang tidak dijadikan indikasi masalah gizi kronis dan akut (Trihono, 2015).

2) Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Indeks status gizi berdasarkan TB/U ini dapat menunjukan masalah gizi yang bersifat kronis. Hal ini disebabkan karena keadaan yang berlangsung cukup lama seperti kemiskinan, perilaku hidup yang terbilang tidak sehat, dan kurangnya asupan gizi yang didapatkan anak baik sejak di dalam kandungan yang mengakibatkan seorang anak menjadi pendek (Trihono, 2015).

3) Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Indeks BB/TB memberikan indikasi terhadap masalah gizi akut yang terjadi pada peristiwa yang tidak lama seperti adanya wabah penyakit dan

kekurangan makanan yang akan mengakibatkan seseorang nampak kurus (Trihono, 2015).

2.1.3 Klasifikasi Stunting

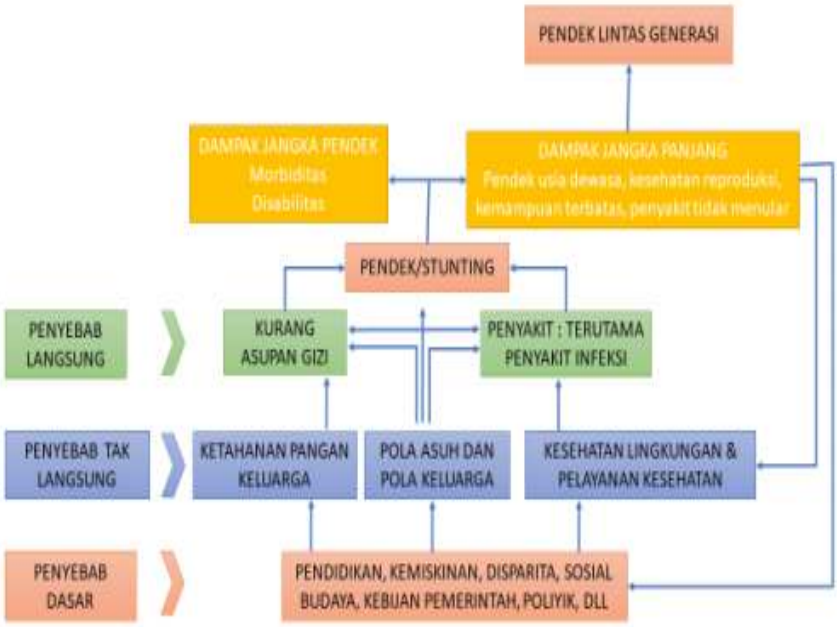
Menilai status gizi anak dapat menggunakan tinggi badan dan umur yang dikonversikan ke dalam *Z-Score*. Berdasarkan nilai *Z-Score* masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi balita sebagai berikut :

Tabel 2.1 Pengelompokkan Status Gizi Berdasarkan Z-Score Indeks

Indeks	Status Gizi	Z-Score
TB/U	Sangat Pendek	< -3,0
	Pendek	>=-3,0 s/d <-2,0
	Normal	>=-2,0

2.1.4 Faktor Penyebab

Faktor penyebab diperoleh dengan mengacu pada *Logical Framework Of The Nutritional Problem* atau *Conceptual Framework Of The Determinans Of The Child Stunting* oleh UNICEF.



Gambar 2.1 Kerangka pembahasan pendek (*stunting*) di Indonesia, dimodifikasi dari "*Logical Framework Of The Nutritional Problems*" Unicef, 2013 (Trihono et al., 2015)

Gambar 2.1 Menunjukkan stunting dipengaruhi oleh banyak faktor. Secara langsung *stunting* dipengaruhi oleh kurangnya asupan gizi masa lalu serta penyakit terutama penyakit infeksi, dimana penyebab langsung saling mempengaruhi satu sama lain. Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan keluarga, pola asuh dan pola keluarga serta kesehatan lingkungan dan pelayanan kesehatan. Akar masalah dari *stunting* adalah pendidikan, kemiskinan, disparitas, sosial budaya, kebijakan pemerintah, politik dan hal lainnya. *Stunting* mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kecacatan untuk jangka pendek, sedangkan jangka panjang dapat menimbulkan *stunting* pada orang dewasa, gangguan kesehatan reproduksi, kemampuan terbatas dan timbulnya penyakit tidak menular (Trihono et al., 2015)

Ibu hamil dengan konsumsi asupan gizi yang rendah dan mengalami penyakit infeksi akan melahirkan bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR), dan atau panjang badan bayi di bawah standar. Asupan gizi yang baik tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga tetapi juga dipengaruhi oleh pola asuh seperti pemberian kolostrum (ASI yang pertama kali keluar), Inisasi Menyusu Dini (IMD), pemberian ASI eksklusif, dan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) secara tepat. Selain itu, faktor kesehatan lingkungan seperti akses air bersih dan sanitasi layak serta pengelolaan sampah juga berhubungan erat dengan kejadian infeksi penyakit menular pada anak.

Kehidupan anak sejak dalam kandungan ibu hingga berusia dua tahun (1.000 HPK) merupakan masa-masa kritis dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Faktor lingkungan yang baik, terutama di awal-awal kehidupan anak, dapat memaksimalkan potensi genetik (keturunan) yang dimiliki anak sehingga anak dapat mencapai tinggi badan optimalnya. Hal ini sejalan dengan penelitian Young et al. (2018) status gizi ibu pra konsepsi mempengaruhi pertumbuhan linier keturunan dan risiko stunting selama 1000 HPK. Perlunya kebijakan dan strategi terkait pemenuhan gizi ibu sejak masa pra konsepsi.

Berdasarkan hasil penelitian Akombi et al. (2017) Faktor-faktor yang berkaitan dengan *stunting, wasting,* dan *underweight* adalah ; Pendidikan ibu dan ayah yang rendah; Jenis kelamian anak; Miskin; Lama menyusui; BBLR; Umur ibu kurang dari 20 tahun; Sanitasi air bersih tidak layak; IMT ibu rendah < 18.5; dan Diare. Oleh

karena itu, perlunya pendekatan berbasis komunitas multistrategi holistik dalam upaya pencegahan *stunting*.

3.1.5 Dampak dari Stunting

Permasalahan *stunting* pada usia dini terutama pada periode 1000 HPK, akan berdampak pada kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). *Stunting* menyebabkan organ tubuh tidak tumbuh dan berkembang secara optimal. Balita stunting berkontribusi terhadap 1,5 juta (15%) kematian anak balita di dunia dan menyebabkan 55 juta *Disability-Adjusted Life Years (DALYs)* yaitu hilangnya masa hidup sehat setiap tahun.

1) Dampak jangka pendek

   Stunting menyebabkan gagal tumbuh, hambatan perkembangan kognitif dan motorik, dan tidak optimalnya ukuran fisik tubuh serta gangguan metabolisme.

2) Dampak jangka panjang

   Stunting menyebabkan menurunnya kapasitas intelektual. Gangguan struktur dan fungsi saraf dan sel-sel otak yang bersifat permanen dan menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran di usia sekolah yang akan berpengaruh pada produktivitasnya saat dewasa. Selain itu, kekurangan gizi juga menyebabkan gangguan pertumbuhan (pendek dan atau kurus) dan meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung koroner, dan stroke.

3.1.6 Intervensi Pencegahan Stunting

Melihat dampak yang terjadi pada stunting maka kasus stunting merupakan kasus serius yang membutuhkan pencegahan. Dalam perspektif Hukum Islam yang merujuk pada Al-Quran surat An-Nisa ayat 9 yang artinya :

"Dan hendaklah takut (kepada Allah) orang-orang yang sekiranya mereka meninggalkan keturunan yang lemah di belakang mereka yang mereka khawatir terhadap (kesejahteran)nya. Oleh sebab itu, hendaklah mereka bertakwa kepada Allah, dan hendaklah mereka berbicara dengan tutur kata yang benar".

1) Sasaran Intervensi

a. Sasaran prioritas

Konvergensi pencegahan stunting adalah ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan atau rumah tangga 1000 HPK sebagai masa yang paling kritis dalam tumbuh kembang anak. Di Indonesia gangguan pertumbuhan terbesar pada periode ini. Sejalan dengan penelitian Sutarto et al., 2018, upaya dalam mengurangi angka kejadian *stunting* dengan memenuhi kebutuhan nutrisi sejak 1000 HPK.

b. Sasaran penting

Selain kategori sasaran prioritas pencegahan stunting pada 1000 HPK, terdapat kategori sasaran penting yaitu anak usia 24-59 bulan, wanita usia subur dan remaja putri.

2) Upaya Pencegahan Stunting

Intervensi gizi spesifik menyasar penyebab langsung terjadinya stunting yang meliputi: a. Kecukupan asupan makanan dan gizi; b. Pemberian makan, perawatan dan pola asuh; dan c. Pengobatan infeksi/penyakit.

Dalam Kajian Islam juga telah dibahas secara rinci bahwa makan dibutuhkan untuk kelangsungan hidup. Ayat-ayat tersebut antara lain ; a. Manusia dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang halal dan thayyib. {QS An-Nahl (16):114, QS Al-Maidah (5) : 88, QS Al-Baqarah (2):68 dan QS Al-Mukminun (23):51} ; b. Melarang makanan tertentu yang dianggap haram. {QS Al-Baqarah (2):68 dan QS Al-Maidah (5):3 dan QS Al-An'am (6):145}.

3) Lima Paket Intervensi Layanan Pencegahan *Stunting*

Dalam rangka mempermudah fasilitasi konvergensi pencegahan stunting di tingkat Desa, maka kegiatan-kegiatan intervensi spesifik maupun sensitif bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK sebagaimana di atas dikelompokkan dalam 5 (lima) paket layanan intervensi sebagai berikut : a. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA); b. Konseling Gizi Terpadu; c. Air Bersih dan Sanitasi; d. Perlindungan Sosial; dan e. Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).

Selanjutnya dalam setiap paket layanan tersebut ditetapkan indikator-indikator yang akan dipantau untuk memastikan sasaran 1000 HPK mendapatkan layanan intervensi yang sesuai. Proses pemantauan akan dilakukan dengan

menggunakan "*ScoreCard*" atau formulir penilaian konvergensi Desa. Namun demikian, dalam fasilitasi ini juga memperhatikan kegiatan intervensi sensitif dan spesifik lainnya, seperti ASI Ekslusif, Inisiasi Menyusui Dini, perilaku hidup bersih dan sehat, peningkatan akses pangan dan lain-lain. Indikator-indikator pemantauan pada 5 (lima) paket layanan pencegahan stunting yang harus didukung oleh pelaku lintas sektor dalam konvergensi pencegahan *stunting* di Desa.

Tabel 2.2 Indikator Pemantauan Layanan

PAKET LAYANAN	NO	INDIKATOR PEMANTAUAN
KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA)	1	Ibu hamil diperiksa oleh bidan, minimal 4 kali pemeriksaan selama masa kehamilan sesuai trimester kehamilan
	2	Ibu hamil mendapatkan minimal 90 butir pil Fe (tablet penambah darah) sejak pertama kali diketahui hamil
	3	Ibu yang melahirkan (termasuk bayinya) mendapatkan perawatan nifas dari bidan atau dokter, minimal 3 kali perawatan dalam waktu 42 hari setelah proses persalinan
	4	Anak usia 0-12 bulan mendapatkan pemberian imunisasi dasar lengkap.
	5	Anak usia 0-23 bulan diukur berat badannya setiap bulan
	6	Anak usia 0-23 bulan diukur panjang/tinggi badannya oleh tenaga kesehatan terlatih minimal 2 kali dalam setahun
KONSELING GIZI TERPADU	7	Orang tua/pengasuh yang memiliki anak usia 0-23 bulan mengikuti kegiatan konseling gizi setiap bulan sekali
	8	Ibu hamil dengan kondisi resiko tinggi dan/atau Kekurangan Energi Kronis (KEK), anak usia 0-23 bulan dengan kondisi gizi buruk, gizi kurang, dan *stunting* mendapat kunjungan ke rumah secara terpadu oleh bidan dan atau petugas kesehatan minimal 1 bulan sekali
SANITASI DAN AIR BERSIH	9	Rumah Tangga yang ada ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan memiliki akses air minum yang layak
	10	Rumah Tangga yang ada ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan memiliki jamban keluarga
PERLINDUNGAN SOSIAL	11	Anak usia 0-23 bulan memiliki akte kelahiran
	12	Rumah tangga yang ada ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan memiliki jaminan layanan kesehatan
PENDIDIKAN ANAK USIA DINI (PAUD)	13	Anak usia 0-23 bulan beserta orangtua/pengasuh mengikuti kegiatan kelas pengasuhan pada layanan dasar di Desa minimal sebulan sekali
	14	Anak usia 2-6 tahun terdaftar dan aktif mengikuti layanan PAUD

2.2 KONSEP KEMANDIRIAN KELUARGA

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang memiliki ikatan hukum, biologis, sosial, psikologis, dan ekonomi (Fitriana, 2018). Keluarga dalam bahasa arab disebut *ahlun* yang berasal dari kata *ahila* artinya menikah (Idi Warsah, 2020). Pemahaman keluarga dalam arti sempit yaitu unit kehidupan sosial yang didasarkan pada suatu ikatan pernikahan. Keluarga dalam arti luas yaitu didasarkan pada

hubungan darah atau keturunan (Kurniawan, 2020). Keluarga memiliki peranan yang sangat besar terhadap perkembangan sosial anak dan lingkungan keluarga dapat mempengaruhi aspek perkembangan anak (Fitriana, 2018). Keluarga memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan masing-masing anggota keluarga (Kertapati, 2019). Keluarga memiliki peran dalam pencegahan dan penanggulangan stunting. Stunting tidak terlepas dari masalah gizi, hal ini berkaitan erat dengan ruang lingkup keluarga (Elisawati, 2018).

2.2.2 Fungsi Keluarga

Keluarga memiliki fungsi dalam menjalankan perawatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga berhubungan dengan tingkat kemandirian keluarga yaitu kemampuan keluarga untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan (Kertapati, 2019).

Peran Keluarga dalam pencegahan dan penanganan stunting, yaitu; a. Memberikan ASI eksklusif dan MP-ASI; b. Memberikan gizi seimbang; c. Memberikan pola asuh yang sehat; d. Pemantauan pertumbuhan anak; e. Pemanfaatan perkarangan untuk pertanian keluarga (Nies (Melanie) & Anef, 2018).

Tujuh fungsi keluarga yaitu fungsi efektif, sosialisasi, perawatan kesehatan, ekonomi, biologis, psikologis, dan pendidikan (Achjar, 2010). Padila (2012) menyatakan ada lima fungsi keluarga yaitu afektif, sosilisasi, reproduksi, ekonomi, dan perawatan kesehatan.

2.2.3 Tingkat Kemandirian Keluarga

Tingkat kemandirian keluarga dalam kesehatan masyarakat (Nies (Melanie) & Anef, 2018) :

a. Keluarga Mandiri Tingkat Pertama (KM-I) yaitu menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat, menerima pelayanan keperawatan yang sesuai.
b. Keluarga Mandiri Tingkat Dua (KM-II) yaitu menerima petugas perawatan kesehatan, menerima pelayanan yang diberikan sesuai rencana, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran dan melakukan perawatan sederhana sesuai anjuran.

c. Keluarga Mandiri Tingkat Tiga (KM-III) yaitu menerima petugas perawatan kesehatan, menerima pelayanan yang diberikan sesuai rencana, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran, melakukan perawatan sederhana sesuai anjuran, dan melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
d. Keluarga Mandiri Tingkat Empat (KM-IV) yaitu menerima petugas perawatan kesehatan, menerima pelayanan yang diberikan sesuai rencana, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran, melakukan perawatan sederhana sesuai anjuran, melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif dan melakukan tindakan promotif secara aktif.

Asuhan keluarga dapat mempengaruhi tingkat kemandirian keluarga artinya, keluarga yang melakukan perawatan yang baik dan sadar pentingnya kesehatan maka tingkat kemandirian keluarga akan meningkat atau dikatakan baik dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga (Agrina & Zulfitri, 2012). Ernawati, et al menyatakan tingkat pengetahuan keluarga tidak memiliki hubungan dengan status gizi artinya ibu yang memiliki pengetahuan baik belum tentu memiliki balita dengan status gizi yang baik juga. Oleh karena itu pengetahuan yang baik harus diimbangi dengan praktik pemberian makan yang baik (Ernawati, 2019). Kemandirian keluarga merupakan langkah efektif dalam pencegahan stunting (Abdillah, 2018). Penelitian serupa menyatakan pemberdayaan keluarga berbasis kekeluargaan dapat meningkatkan pencegahan *stunting* pada balita. Pemberdayaan keluarga merupakan sebuah kondisi tidak bergantungan pada orang lain dalam mengambil keputusan dan memiliki sikap percaya diri. Pemberdayaan keluarga dapat dibentuk dari keluarga yang mandiri (Januarti et al., 2020).

2.3 KONSEP DESA *QORYAH THOYYIBAH*

2.3.1 Pengertian

Qoryah Thayyibah adalah suatu perkampungan, desa atau komunitas di mana masyarakatnya menjalankan ajaran Islam secara baik dalam *hablun minallah*

maupun *hablun minannas* dalam segala aspek sehingga terwujud masyarakat Islam yang maju dan bermartabat.

2.3.2 Landasan Idiil

Landasan Idiil dibentuknya *Qoryah Thoyyibah* adalah

1) Q.S. al-A'raf (7) : 96.

Masyarakatnya beriman dan bertakwa kepada Allah SWT

3.0 **وَلَوْ أَنَّ أَهْلَ الْقُرَى آمَنُوا وَاتَّقَوْا لَفَتَحْنَا عَلَيْهِمْ بَرَكَاتٍ مِنَ السَّمَاءِ وَالْأَرْضِ وَلَكِنْ كَذَّبُوا فَأَخَذْنَاهُمْ بِمَا كَانُوا يَكْسِبُونَ (96)**

"Jikalau sekiranya penduduk negeri-negeri beriman dan bertakwa, Pastilah kami akan melimpahkan kepada mereka berkah dari langit dan bumi, tetapi mereka mendustakan (ayat-ayat kami) itu, Maka kami siksa mereka disebabkan perbuatannya".

2) Q.S. Saba'(34):15

Masyarakatnya tentram, dan sejahtera.

3.1 **قَدْ كَانَ لِسَبَإٍ فِي مَسْكَنِهِمْ آيَةٌ جَنَّتَانِ عَنْ يَمِينٍ وَشِمَالٍ كُلُوا مِنْ رِزْقِ رَبِّكُمْ وَاشْكُرُوا لَهُ بَلْدَةٌ طَيِّبَةٌ وَرَبٌّ غَفُورٌ (15)**

Sesungguhnya bagi kaum Saba' ada tanda (kekuasaan Tuhan) di tempat kediaman mereka yaitu dua buah kebun di sebelah kanan dan di sebelah kiri. (kepada mereka dikatakan): "Makanlah olehmu dari rezeki yang (dianugerahkan) Tuhanmu dan bersyukurlah kamu kepada-Nya. (Negerimu) adalah negeri yang baik dan (Tuhanmu) adalah Tuhan Yang Maha Pengampun".

2.3.3 Tujuan

1) Tujuan Umum

Terwujudnya masyarakat islam yang sebenar-benarnya dalam lingkup kecil/kampung

2) Tujuan Khusus

Terwujudnya Cabang/Ranting 'Aisyiyah yang hidup dan memiliki semangat baru dalam menggerakkan organisasi.

2.3.4 Sifat Gerakan

Sifat Gerakan Qoryah Thoyyibah ini adalah :

1) Terwujudnya masyarakat Islam yang sebenar-benarnya dalam lingkup kecil/kampung
2) Bersifat memberdayakan masyarakat pada tingkat individu, keluarga dan masyarakat

2.3.5 Bidang Garap

Bidang Garap untuk Qoryah Thoyyibah ini adalah 1) Kerohanian; 2) Ekonomi; 3) Pendidikan: 4) Kesehatan dan Lingkungan; 5) Sosial; 6) Hukum dan Politik; 7) Seni budaya; 8) Teknologi dan Informasi

2.4 KETERBATASAN PENELITIAN

Terdapat beberapa hal yang mempengaruhi hasil dan sekaligus keterbatasan dalam penelitian ini :

Dalam program yang dicanangkan pemerintah khususnya Kementrian Kesehatan Republik Indonesia terdapat 5 Paket Layanan Pencegahan Stunting di Desa, namun peneliti hanya membatasi pada 1 Paket Layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sasaran intervensi sensitif dan spesifik yang bersifat preventif serta promotif berbentuk pemberian *Health Education* (HE) dengan pendekatan keluarga.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 DESAIN PENELITIAN

Penelitian ini ditujukan untuk menguji pengaruh intervensi pencegahan *stunting* pada 1000 HPK terhadap tingkat kemandirian keluarga di Desa *Qoryah Thoyyibah*. Metode penelitian yang digunakan adalah Pre Eksperimental dengan pendekatan *one group pretest-posttest design.* Sampel yang diambil adalah populasi yang memenuhi kriteria inklusi. Merujuk pada 5 Paket Intervensi Layanan Pencegahan *Stunting*, peneliti hanya membatasi pada 1 intervensi layanan. Intervensi yang dimaksud adalah layanan kesehatan ibu dan anak. Intervensi ini berbentuk pemberian HE dengan pendekatan keluarga. HE yang diberikan tentang Tablet Tambah Darah, Pentingnya *Ante Natal Care* (ANC), Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, Makanan Pendamping-ASI (MP-ASI), Imunisasi Dasar dan Pencegahan dan Deteksi dini Stunting pada 1000 HPK.

3.2 WAKTU DAN TEMPAT PENELITIAN

Penelitian ini akan dilakukan mulai bulan Juni 2021–Februari 2022 (sesuai jadwal penelitian). Penelitian ini dilaksanakan di Desa Kebalan Kulon Kecamatan Sekaran Kabupaten Lamongan yang merupakan Desa *Qoryah Thoyyibah* (QT) Aisyiyah dan sudah memiliki Balai Sakinah Aisyiyah (BSA). Dalam pencegahan stunting di desa, BSA telah melakukan beberapa kegiatan diantaranya *cooking class*, kelas ibu hamil, dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita.

3.3 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

Pada penelitian ini populasi yang digunakan adalah seluruh keluarga yang memiliki ibu hamil atau bayi atau balita di Desa *Qoryah Thoyyibah* sebesar 35 keluarga. Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagian keluarga yang memiliki ibu hamil atau bayi atau balita (0-23 bulan) di Desa Qoryah Thoyyibah Balai Sakinah Kebalan Kulon Sekaran Lamongan. Kriteria inklusi dalam penelitian adalah :

3.3.1 Keluarga yang memiliki ibu hamil atau bayi atau balita (0-23 bulan)

3.3.2 Domisili di Desa Kebalan Kulon Sekaran Lamongan

3.3.3 Bersedia menjadi responden

Kriteria *Drop out* ; Keluarga tidak mengikuti intervensi secara lengkap; keluarga menolak ikut serta dalam penelitian. Dalam menentukan besar sample menggunakan rumus Slovin yakni *Finite Population Survey* (Sugiyono, 2011), dihasilkan sampel sebesar 32 keluarga.

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

3.4 PENGUMPULAN DAN ANALISIS DATA

Instrumen yang digunakan untuk mengkaji pelaksanaan intervensi pencegahan stunting pada 1000 HPK yakni lembar checklist dan SAP. Sedangkan instrumen yang digunakan untuk mengkaji tingkat kemandirian keluarga menggunakan indikator Keluarga Mandiri (KM) oleh Kementrian Kesehatan dalam 4 kategori sebagai berikut : (Nies (Melanie) & Anef, 2018)

No	Kriteria	Keluarga Mandiri (KM)			
		I	II	III	IV
1.	Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat	√	√	√	√
2.	Menerima pelayanan keperawatan yang sesuai	√	√	√	√
3.	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar		√	√	√
4.	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran		√	√	√
5.	Melakukan perawatan sederhana sesuai anjuran			√	√
6.	Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif			√	√
7.	Melakukan tindakan promotif secara aktif				√

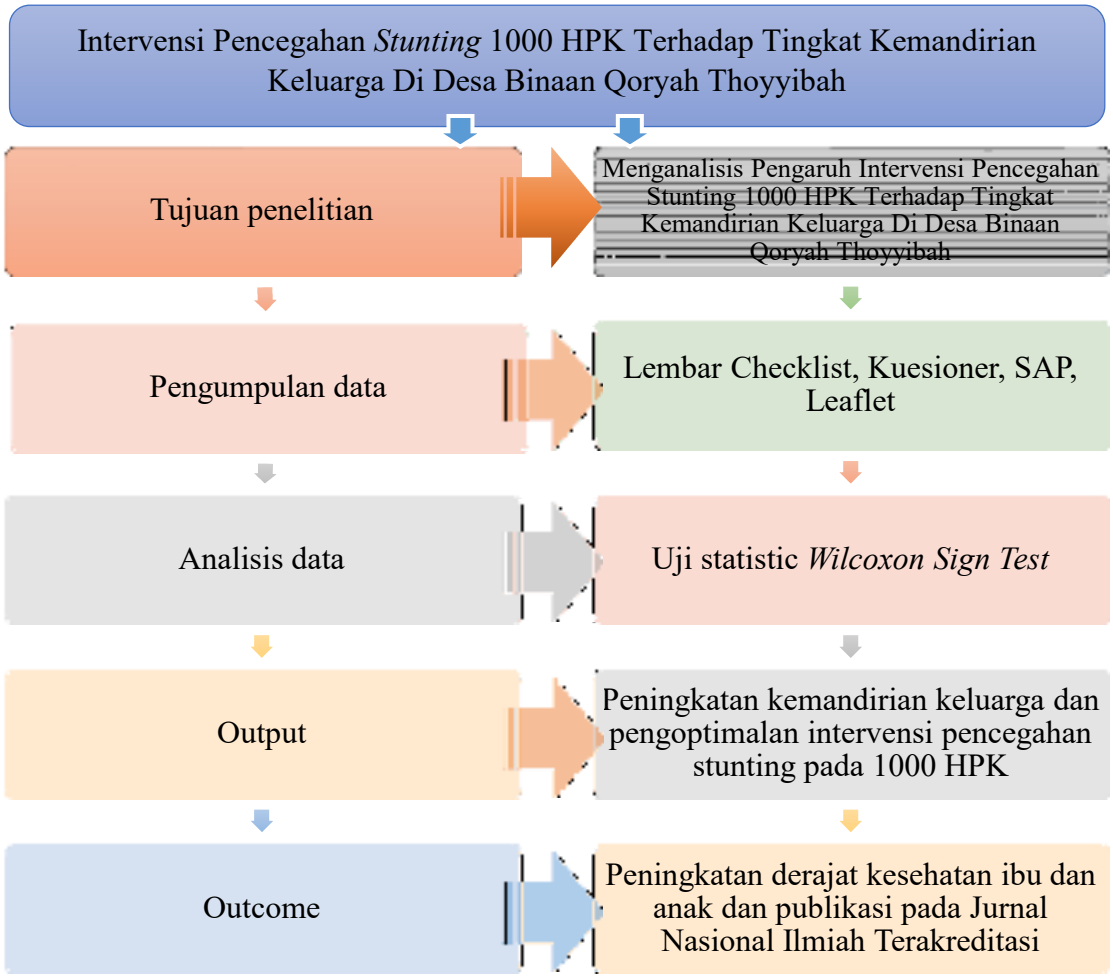
Kuesioner tersebut berisi pertanyaan yang dikembangkan dari indikator KM tentang pencegahan *Stunting* pada 1000 HPK. Teknik yang digunakan adalah wawancara menggunakan kuessioner kepada responden. Lalu dari hasil wawancara dikategorikan dalam KM I, KM II, KM III atau KM IV.

Data yang sudah dikumpulkan, lalu diolah dan analisis perbedaan sebelum diberikan intervensi dan setelah diberikan intervensi dengan uji statistik W*ilcoxon test* dengan tingkat kemaknaan 0,05. Apabila $\alpha < 0,05$, maka hipotesis statistik (H0) ditolak dan hipotesis penelitian (H1) diterima yang berarti terbukti bahwa Ada

Pengaruh Intervensi Pencegahan *Stunting* 1000 HPK Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Di Desa Binaan *Qoryah Thoyyibah*.

3.5 TAHAPAN PENELITIAN

Tabel 3.1 Alur Penelitian



3.6 KEGIATAN PENELITIAN

3.6.1 Tahap Persiapan

Merupakan tahap mencari data populasi dan sampel yang memenuhi kriteria inklusi peneitian. Berkoordinasi dengan pengurus desa Qoryah Thoyyibah dan Bidan Desa. Memastikan responden bersedia untuk mengikuti penelitian dari awal hingga akhir. Pembentukan grup whatsapp untuk memudahkan komunikasi kepada responden.

3.6.2 Tahap Penyusunan Instrumen dan Materi

Instrumen berupa lembar checklist, kuesioner kemandirian keluarga, Satuan Acara Penyuluhan (SAP), PPT materi dan leaflet.

3.6.3 Tahap Pre Test

Melakukan pengukuran tingkat kemandirian keluarga sebelum intervensi.

3.6.4 Tahap Intervensi

Pemberian HE tentang Tablet Tambah Darah, Pentingnya *Ante Natal Care* (ANC), Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, Makanan Pendamping-ASI (MP-ASI), Imunisasi Dasar dan Pencegahan dan Deteksi dini Stunting pada 1000 HPK yang dilakukan secara *offline* dan *online* melalui Whatsapp grup yang berisi ayah atau ibu setiap keluarga.

3.6.5 Tahap Post Test

Pengukuran tingkat kemandirian keluarga setelah intervensi menggunakan kuesioner.

3.7 LUARAN WAJIB DAN TAMBAHAN

3.7.1 Luaran Wajib : Laporan Akhir Penelitian dan Artikel ilmiah pada Jurnal Nasional Ilmiah Terakreditasi yakni Jurnal Kesmas Universitas Indonesia (Sinta 1)

3.7.2 Luaran Tambahan : Video PPT Penyuluhan online Pencegahan Stunting pada 1000 HPK dan Artikel berita pada media elektronik (PWMU Jatim-online)

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHA`SAN

4.1 HASIL

4.1.1 Data umum

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Paritas, Usia anak terakhir, Riwayat Hamil, dan Penghasilan di Desa Kebalan Kulon, Sekaran Lamongan Tahun 2021

Karakteristik	Responden	
	Frekuensi	Persentase
Usia		
1. Risiko tinggi	2	6.2
2. Tidak Risiko tinggi	30	93.8
Pendidikan		
1. Tidak Sekolah	1	3.1
2. SD	1	3.1
3. SMP/SLTP	6	18.8
4. SMA/SLTA	14	43.8
5. Diploma	2	6.2
6. Sarjana	8	25.0
Pekerjaan		
1. PNS	2	6.2
2. Swasta	3	9.4
3. Wiraswasta	3	9.4
4. IRT	24	75.0
Paritas		
1. Hamil 1	21	65.6
2. Hamil 2	9	28.1
3. Hamil ≥3	2	6.2
Usia Anak Terakhir		
1. ≤12 Bulan	17	53.1
2. < 24 Bulan	15	46.9
Riwayat Usia Hamil		
1. Cukup Bulan	23	71.9
2. Kurang Bulan	3	9.4
3. Lebih Bulan	6	18.8
Penghasilan (UMR Lamongan Rp. 2.488.724,77)		
1. < UMR	27	84.4
2. > UMR	5	15.6

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa hampir seluruh responden usianya dalam kategori tidak resiko tinggi sebesar 30 responden (93.8%). Pendidikan terakhir responden hampir sebagian adalah SMA/SLTA sebesar 14 responden (43.8%). Sebagian besar pekerjaan responden adalah IRT (ibu rumah tangga) sebesar 24

responden (75%). Sebagian besar paritas adalah hamil pertama sebesar 21 responden (65.6%). Usia anak terakhir sebagian besar adalah kurang dari 12 bulan sebesar 17 responden (53.1%). Sebagian besar riwayat usia kehamilan responden adalah cukup bulan sebesar 23 responden (71.9%). Dan sebagian besar penghasilan responden adalah kurang dari UMR Lamongan sebanyak 27 responden (84.4%).

4.1.2 Data khusus

Tabel 4.2 Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan Pretes dan Postes di Desa Kebalan Kulon, Sekaran Lamongan Tahun 2021

Karakteristik	**Responden**	
	Frekuensi	**Persentase**
Tingkat Pengetahuan Pretes		
1. Kurang	1	3.1
2. Cukup	7	21.9
3. Baik	24	75
Tingkat Pengetahuan Postes		
1. Kurang	0	0
2. Cukup	3	9.4
3. Baik	29	90.6

Wilcoxon signed ranks test p-value = 0.034

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa sebagian besar tingkat pengetahuan responden pretes adalah baik sejumlah 24 responden (75%). Sedangkan pada postes hampir seluruhnya juga baik, jumlahnya meningkat sejumlah 29 responden (90.6%). Berdasarkan analisis menggunakan uji *Wilcoxon Signed Ranks Test*, ada peningkatan pengetahuan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi pencegahan stunting pada 1000 HPK (*p value= 0.034*).

Tabel 4.3 Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Kemandirian Keluarga Pretes dan Postes di Desa Kebalan Kulon, Sekaran Lamongan Tahun 2021

Karakteristik	**Responden**	
	Frekuensi	**Persentase**
Tingkat Kemandirian Keluarga Pretes		
1. TM 1	23	71.9
2. TM 2	2	6.2
3. TM 3	0	0
4. TM 4	7	21.9
Tingkat Kemandirian Keluarga Postes		
1. TM 1	13	40.6
2. TM 2	1	3.1

3. TM 3	1	3.1
4. TM 4	17	53.2

Wilcoxon Signed Ranks Test p-value 0.002; z-score -3.169a

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa sebagian besar tingkat kemandirian keluarga pretes adalah tingkat kemandirian 1 (TM 1) sejumlah 23 responden (71.9%). Sedangkan pada postes sebagian besar tingkat kemandirian 4 (TM 4) sejumlah 17 responden (53.2%). Hasil analisis uji *Wilcoxon Signed Ranks Test*, ada kenaikan tingkat kemandirian yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan intervensi pencegahan stunting pada 1000 HPK (p-value = 0.002).

4.2 PEMBAHASAN

4.2.1 Tingkat Kemandirian Keluarga Sebelum dan Sesudah Intervensi Pencegahan Stunting pada 1000 HPK

Keluarga memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan masing-masing anggota keluarga (Kertapati, 2019). Keluarga memiliki peran dalam pencegahan dan penanggulangan stunting. Stunting tidak terlepas dari masalah gizi, hal ini berkaitan erat dengan ruang lingkup keluarga (Elisawati, 2018). Keluarga memiliki fungsi dalam menjalankan perawatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga berhubungan dengan tingkat kemandirian keluarga yaitu kemampuan keluarga untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan. Tugas kesehatan keluarga berbanding lurus dengan tingkat kemandiriannya, artinya semakin baik tugas kesehatan keluarga, semakin baik pula tingkat kemandirian keluarganya (Kertapati, 2019). Penelitian ini menunjukkan bahwa sebelum intervensi, sebagian besar kemandirian keluarga pada tingkat 1 (TM 1) sedangkan sesudah intervensi, kemandirian keluarga meningkat menjadi tingkat 4 (TM 4). Menurut Nies (Melanie) & Anef, (2018) pada TM 1 menunjukkan keluarga hanya menerima pelayanan kesehatan, sedangkan pada TM 2 keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Pada TM 3 keluarga melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif sedangkan pada TM 4 keluarga sudah melakukan upaya promotif secara aktif kepada lingkungannya. Berarti setiap peningkatan dari tingkat kemandirian keluarga ada upaya yang dilakukan oleh keluarga terkait pencegahan masalah kesehatan terutama stunting.

Peran keluarga dalam pencegahan dan penanganan stunting, yaitu; Memberikan ASI eksklusif dan MP-ASI; Memberikan gizi seimbang; Memberikan pola asuh yang sehat; Pemantauan pertumbuhan anak; Pemanfaatan perkarangan untuk pertanian keluarga (Nies (Melanie) & Anef, 2018). Asuhan keluarga dapat mempengaruhi tingkat kemandirian keluarga artinya, keluarga yang melakukan perawatan yang baik dan sadar pentingnya kesehatan maka tingkat kemandirian keluarga akan meningkat atau dikatakan baik dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga (Agrina & Zulfitri, 2012). Penelitian oleh Mohammad Arif (2015) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian keluarga dalam merawat pasien diabetes mellitus tipe II meliputi faktor pendidikan keluarga, pengetahuan keluarga, sosial ekonomi, otonomi, budaya dan pekerjaan. Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa ada peningkatan pengetahuan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi. Tingkat pengetahuan keluarga dan kemandirian keluarga menurut penelitian Sakona, Y. (2021) memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting. Balita stunting lebih banyak ditemukan pada keluarga dengan pengetahuan kurang dan kemandirian keluarga yang rendah.

Hasil penelitian yang berbeda oleh Ernawati, et al (2019) menyatakan bahwa tingkat pengetahuan keluarga tidak memiliki hubungan dengan status gizi artinya ibu yang memiliki pengetahuan baik belum tentu memiliki balita dengan status gizi yang baik juga. Oleh karena itu pengetahuan yang baik harus diimbangi dengan praktik pemberian makan yang baik. Secara langsung stunting dipengaruhi oleh kurangnya asupan gizi masa lalu serta penyakit terutama penyakit infeksi, dimana penyebab langsung saling mempengaruhi satu sama lain. Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan keluarga, pola asuh dan pola keluarga serta kesehatan lingkungan dan pelayanan kesehatan (Trihono et al., 2015).

Ketahanan pangan keluarga dipengaruhi oleh penghasilan keluarga. Dimana hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar penghasilan keluarga adalah kurang dari UMR Lamongan sebesar 84.4%. Rahmah, R.,dkk (2020) menyebutkan balita dari keluarga yang tidak mampu berisiko 10,222 kali lebih besar mengalami gizi kurang dan gizi buruk dibandingkan balita dari keluarga yang mampu. Terdapat hubungan bermakna antara ketersediaan pangan dan penghasilan keluarga dengan

kejadian gizi kurang dan gizi buruk pada balita. Namun, meskipun faktor ekonomi mempengaruhi kejadian stunting, faktor penentu adalah perilaku ibu berupa praktik pemberian makanan pada anak yang termasuk dalam pola asuh. Pendapatan keluarga tidak sepenuhnya digunakan untuk membeli makanan, jika perilaku ibu bijak dalam memilih dan pintar mengolah makanan, bahan yang sederhana pun bisa menjadi makanan yang bernilai gizi. Sejalan dengan penelitian Brigitte Sarah Renyoet (2013) menyatakan pola asuh terutama ibu memiliki kontribusi yang besar dalam proses pertumbuhan anak dimana pola asuh menunjukan hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting pada anak 6-23 bulan. Tidak ditemukan stunting pada keluarga yang memiliki pola asuh yang baik.

Kemandirian keluarga merupakan langkah efektif dalam pencegahan stunting (Abdillah, 2018). Penelitian serupa menyatakan pemberdayaan keluarga berbasis kekeluargaan dapat meningkatkan pencegahan stunting pada balita. Pemberdayaan keluarga merupakan sebuah kondisi tidak bergantungan pada orang lain dalam mengambil keputusan dan memiliki sikap percaya diri. Pemberdayaan keluarga dapat dibentuk dari keluarga yang mandiri (Januarti et al., 2020).

4.1.2 Intervensi Pencegahan Stunting pada 1000 HPK

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (Dirjen P2M, 2018). Kehidupan anak sejak dalam kandungan ibu hingga berusia dua tahun (1.000 HPK) merupakan masa-masa kritis dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Faktor lingkungan yang baik, terutama di awal-awal kehidupan anak, dapat memaksimalkan potensi genetik (keturunan) yang dimiliki anak sehingga anak dapat mencapai tinggi badan optimalnya. Hal ini sejalan dengan penelitian Young et al. (2018) status gizi ibu pra konsepsi mempengaruhi pertumbuhan linier keturunan dan risiko stunting selama 1000 HPK. Perlunya kebijakan dan strategi terkait pemenuhan gizi ibu sejak masa pra konsepsi.

Berdasarkan hasil penelitian Akombi et al. (2017) Faktor-faktor yang berkaitan dengan *stunting, wasting, dan underweight* adalah; Pendidikan ibu dan ayah yang rendah; Jenis kelamin anak; Miskin; Lama menyusui; BBLR; Umur ibu kurang dari 20 tahun; Sanitasi air bersih tidak layak; IMT ibu rendah < 18.5; dan Diare.

Pendidikan ayah dan ibu memiliki hubungan signifikan terhadap perubahan status stunting dari normal menjadi stunting. Tingkat pendidikan rendah ayah dan ibu memiliki risiko 2,1 dan 1,6 kali untuk mengalami perubahan status stunting anaknya dari normal menjadi stunting (Rahayu, LS, 2011).

Diketahui hampir sebagian (43.8%) tingkat pendidikan ibu adalah SMA. Meskipun pendidikan hal yang dasar dalam perilaku seseorang namun menurut Ni'mah, dkk (2015) tingkat pendidikan, pengetahuan dan pola asuh tidak memiliki kontribusi terhadap terjadinya *wasting* dan *stunting* pada keluarga miskin. Oleh karena itu, perlunya pendekatan berbasis komunitas multistrategi holistik dalam upaya pencegahan stunting. Namun, tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi kemampuan berfikirnya sehingga berpengaruh pula dengan bagaimana seseorang mengolah informasi yang didapatkannya. Ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan lebih mudah menerima informasi dari luar dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan lebih rendah.

Kemiskinan erat kaitannya dengan stunting, selaras dengan penelitian Sutarto, S. (2020) menyatakan bahwa stunting berhubungan dengan tingkat pendidikan ibu dan tingkat pendapatan keluarga yang rendah. Keluarga miskin dilihat dari seberapa besar pendapatan keluarga tersebut. dimana pendapatan keluarga menentukan ketahanan pangan keluarga, kuantitas dan kualitasnya. Dalam penelitian ini, sebagian besar penghasilan keluarga kurang dari UMR Lamongan sebanyak 84.4%, dan sebagian besar (75%) adalah IRT (ibu rumah tangga). Hal ini berarti pendapatan keluarga hanya berasal dari kepala keluarga saja. Penelitian oleh Hapsari, W (2018) menunjukan bahwa pendapatan keluarga tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting pada balita usia 12-59 bulan. Apabila keluarga dengan pendapatan yang rendah mampu mengelola makanan yang bergizi dengan bahan yang sederhana dan murah maka pertumbuhan bayi juga akan menjadi baik. Meskipun demikian, sebagian besar tingkat pengetahuan keluarga sebelum intervensi adalah baik sebesar 75%. Ada peran serta kader kesehatan, perangkat desa serta lingkungan Qoryah Thoyyibah dalam memberikan informasi kesehatan sehingga wawasan ibu bertambah baik. Disamping itu dengan ibu sebagai IRT, maka kesempatan ibu untuk berkunjung ke posyandu secara rutin lebih banyak daripada

ibu yang bekerja, sehingga banyak informasi yang akan didapatkan ibu terkait pertumbuhan dan perkembangan balitanya. Tingkat pengetahuan ibu tentang gizi yang rendah memiliki risiko stunting 3,8 kali lebih besar dibandingkan ibu yang mempunyai tingkat pengetahuan tentang gizi yang tinggi (Hapsari, W, 2018)

Hampir seluruh (93.8%) ibu usianya dalam kategori tidak resiko tinggi yakni antara 20 sampai 35 tahun yang disebut usia reproduksi sehat. Penelitian ini didukung oleh penelitian terdahulu oleh Erfince Wanimbo, dkk (2020) yang menyebutkan proporsi baduta stunting lebih banyak berasal dari kelompok ibu berusia <20 tahun. Ibu yang masih tergolong remaja (<20 tahun) apabila mengandung memiliki resiko lebih tinggi untuk memiliki keturunan stunting dibanding ibu usia reproduksi (20-34 tahun). Senada dengan penelitian tersebut, dimana usia yang terlalu muda (<20 tahun) dan terlalu tua (>35 tahun) memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting dan beresiko 4 kali lebih tinggi memiliki keturunan stunting dibandingkan dengan ibu usia ideal (20-35 tahun) (Manggala, A.K., et al. 2018). Baik ibu berusia muda maupun tua, sama-sama beresiko melahirkan bayi premature yang nantinya meningkatkan resiko stunting.

Usia reproduksi yang sehat akan menghasilkan kehamilan yang sehat pula. Buktinya, sebagian besar riwayat usia kehamilan ibu adalah cukup bulan sebesar 71.9%. Kehamilan cukup bulan menurunkan resiko stunting pada anak balita di masa yang akan datang. Sejalan dengan penelitian di Tangerang, bahwa bayi yang lahir premature memiliki resiko 2 kali pada usia 6-12 bulan untuk mengalami stunting. Juga diperkuat dengan penelitian Meilyasari, F (2014) menyebutkan faktor risiko kejadian stunting pada balita usia 12 bulan adalah panjang badan lahir rendah (pendek), prematuritas dan usia makan pertama. Pertumbuhan pada bayi premature mengalami keterlambatan dikarenakan usia kehamilan yang singkat dan adanya retardasi pertumbuhan linear di dalam kandungan.

Dalam intervensi pencegahan stunting pada 1000 HPK yang dilakukan peneliti berfokus pada materi layanan kesehatan ibu dan anak, dengan pemberian penyuluhan melalui pendekatan keluarga, terbukti kemandirian keluarga semakin baik.

DAFTAR PUSTAKA

Abdillah. (2018). Hari Gizi Nasional. Bekasi Timur; Klinik Dr Nancy-Pusat Kesehatan. http://www.klinikdrnancy.com/detailpost/hari-gizi-nasional. Diakses 27 Mei 2021.

Achjar, K. A. H. (2010). Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga. Jakarta: Sagung Seto.

Agrina, A., & Zulfitri, R. (2012). Efektifitas Asuhan Keperawatan Keluarga Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Mengatasi Masalah Kesehatan Di Keluarga. Sorot, 7(2), 81. https://doi.org/10.31258/sorot.7.2.2003

Akombi, B. J., Agho, K. E., Hall, J. J., Wali, N., Renzaho, A. M. N., & Merom, D. (2017). Stunting, Wasting and Underweight in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 14(8), 863. https://doi.org/10.3390/ijerph14080863

Arif M. (2015). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di Wilayah Puskesmas Jati Kudus. Published online 2015

Brigitte SR. (2013). Hubungan Pola Asuh Dengan Kejadian Stunting Anak Usia 6-23 Bulan Di Wilayah Pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar. Skripsi. Published online 2013

Direkrorat Jendral Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat. (2018). *Panduan Fasilitasi Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa*, Jakarta.

Elisawati. (2018, February 1). KKP Sabang Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas III Sabang. *https://sinkarkes.kemkes.go.id/kkpsabang/artikel/hari-gizi-nasional-ke-58-stunting-aceh-butuhkan-peran-keluarga-dalam-pencegahan-nya.*

Erfince W, Minarni W. (2020). Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kejadian Stunting Baduta (7-24 Bulan). J Manaj Kesehat yayasan RsDr.soetomo. 2019;6(1):83-93. Accessed February 26, 2022. https://dspace.uc.ac.id/handle/123456789/2643

Ernawati, D. (2019). Hubungan Antara Pengetahuan dan Kemandirian Keluarga dengan Balita Stunting di Kelurahan Bulak Banteng Kota Surabaya. Hospital Majapahit (Jurnal Ilmiah Kesehatan Politeknik Kesehatan Majapahit Mojokerto), 11(2), 1–7. *https://doi.org/10.5281/zenodo.3614279*

Fitriana. (2018). Ilmu Kesejahteraan Keluarga. Syiah Kuala University Press.

Hapsari W. Hubungan Pendapatan Keluarga, Pengetahuan Ibu Tentang Gizi, Tinggi Badan Orang Tua, Dan Tingkat Pendidikan Ayah Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Umur 12-59 Bulan - UMS ETD-db. UMS Library. Published 2018. Accessed January 28, 2022. http://eprints.ums.ac.id/58665/

Hasdianah, Siyoto, & Peristyowati 2014. Pemanfaatan Gizi, Diit dan Obesitas. Yogjakarta: Nuha Medika.

Idi Warsah. (2020). Pendidikan Islam dalam Keluarga: Studi Psikologis dan Sosiologis Masyarakat Multi Agama Desa Suro Bali. Tunas Gemilang Press.

Januarti, L. F., Abdillah, A., & Priyanto, A. (2020). Family Empowerment Model in Stunting Prevention Based on Family Centered Nursing. STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan, 9(2), 1797–1806. *https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.536*

Kemenkes RI. 2018. *Cegah Stunting Itu Penting*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Hasil pemantauan status gizi (PSG)* 2017. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Perencanaan dan Pembangunan Nasional Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional. (2018) Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting terintegrasi di Kabupaten/Kota Jakarta.

Kertapati, Y. (2019). Tugas Kesehatan Keluarga dan Tingkat Kemandirian Keluarga di Wilayah Pesisir Kota Surabaya. Jurnal Ilmiah Keperawatan Stikes Hang Tuah Surbaya, 14(1). *https://doi.org/10.30643/jiksht.v14i1.47*

Kurniawan, F. (2020). Keluarga dan Budaya dalam Tinjauan Sosiologis. G4 Publishing.

Krisna Manggala A, Wiswa K, Kenwa M, et al. (2018). Risk factors of stunting in children aged 24-59 months. Paediatric Indonesia. 2018;58(5):205-212. doi:10.14238/PI58.5.2018.205-12

Majelis Kesehatan PDA Lamongan. (2021). Program Penanggulangan Stunting PDA Lamongan. Lamongan: PDA Lamongan.

Meilyasari F, Isnawati M. Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Balita Usia 12 Bulan Di Desa Purwokerto Kecamatan Patebon, Kabupaten Kendal. J Nutr Coll. 2014;3(2):303-309. doi:10.14710/JNC.V3I2.5437

Nies (Melanie), M. A. McEwen, & Anef, M. M., PhD RN CNE. (2018). Community and Familly Health Nursing—1st Indonesian Edition. Elsevier Health Sciences.

Ni'mah C, Muniroh L. Hubungan tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan dan pola asuh ibu dengan Wasting Dan Stunting Pada Balita Keluarga Miskin. Media Gizi Indonesia. 2015;10(1):84-90. doi:10.20473/MGI.V10I1.84-90

Padila. (2012). Buku Ajar: Keperawatan Keluarga. Jogjakarta: Nuha Medika.

PP Aisyiyah. (2007). Panduan Program Pengembangan Desa Siaga (Qoryah Thayyibah) 'Aisyiyah di Bidang Kesehatan (Kumpulan Panduan Kesehatan). Yogyakarta : PP Aisyiyah.

Portal Informasi Indonesia (2019) Kementerian Kesehatan Fokus pada Pencegahan Stunting.*https://indonesia.go.id/narasi/indonesia-dalam-angka/sosial/kementerian-kesehatan-fokus-pada-pencegahan-stunting,* Diakses 27 Mei 2021.

PWS KIA Puskesmas Sekaran. (2021). Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak. Lamongan: Puskesmas Sekaran.

Rahmadhita K. (2020). Permasalahan Stunting dan Pencegahannya. Jurnal Ilmu Kesehatan Sandi Husada. 2020;9(1):225-229. doi:10.35816/JISKH.V11I1.253

Sakona Y. (2021). Hubungan Pengetahuan dan Kemandirian Keluarga Terhadap Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Sabulakoa Kabupaten Konawe Selatan. Indonesia J Intellect Publ. 2021;2(1):26-30. doi:10.51577/IJIPUBLICATION.V2I1.173

Sri Rahayu L, Julia M, Made Alit Gunawan I. (2011). Associated Of Height Of Parents With Changes Of Stunting Status From 6-12 Months To 3-4 Years. Published online 2011

Sugiyono. (2011). Metode penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Alfabeta.

Supriasa. (2012). Penilaian Status Gizi. Jakarta: EGC.

Sutarto, S. T. T., Mayasari, D., & Indriyani, R. (2018). Stunting, Faktor ResikodanPencegahannya. AGROMEDICINE UNILA, 5(1), 540–545. *http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/view/1999/pdf*

Sutarto S, Azqinar TC, Puspita Sari RD. (2020). Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dan Pendapatan Keluarga dengan Kejadian Stunting pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan. J DUNIA KESMAS. 2020;9(2):256-263. doi:10.33024/jdk.v9i2.2380

Trihono, Atmarita, Tjandrarini D, et al. 2015., Pendek (stunting) di Indonesia, masalah dan solusinya. Pertama. (Sudomo M, ed.). online : repository.litbang.kemkes.go.id Jakarta: Lembaga Penerbit Balitbangkes.

Young, M. F., Nguyen, P. H., Casanova, I. G., Addo, O. Y., Tran, L. M., Nguyen, S., Martorell, R., & Ramakrishnan, U. (2018). Role of maternal preconception nutrition on offspring growth and risk of stunting across the first 1000 days in Vietnam: A prospective cohort study. PLOS ONE, 13(8), e0203201. *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203201*

Lampiran 1

RINCIAN ANGGARAN TERPAKAI 100%

No.	Jenis Pembelanjaan	Item	Satuan	Volume	Biaya satuan	Total
1.	Konsumsi	Nasi kotak dan snack	Paket	4	50000	**200.000**
2.	Insentif	Ketua	Jam	125	8500	**1.000.000**
3.	Insentif	Anggota	Jam	72	7000	**504.000**
4.	Konsumsi	Nasi kotak dan snack	Paket	4	50000	**200.000**
5.	Konsumsi	Nasi kotak dan snack	Paket	4	50000	**200.000**
6.	Konsumsi	Nasi kotak dan snack	Paket	4	50000	**200.000**
7.	Insentif	Ketua	Jam	24	8500	**204.000**
8.	Jasa	Orang	Paket	3	100000	**300.000**
9.	Habis Pakai	Kertas, Flaskdisk, ATK, Fotocopy	Paket	1	340000	**340.000**
10.	Habis Pakai	Banner	Buah	1	48000	**48.000**
11.	Perjalanan	Supir dan BBM	Hari	1	250000	**250.000**
12.	Jasa	Biaya Narsum 5 orang	Orang	5	200000	**1.000.000**
13.	Konsumsi	Konsumsi panitia dan peserta	Paket	50	15000	**750.000**
14.	Jasa	Orang	Paket	6	100000	**600.000**
15.	Insentif	Ketua	Jam	24	8500	**204.000**
16.	Lain-lain	Publikasi Jurnal Sinta 1 Kesmas UI	Jurnal	1	4.000.000	**4.000.000**
	Total					**10.000.000**

Lampiran 2

Statistics

		USIA	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	SUKU	PARITAS	USIAANAKTERAKHIR	RIWAYATHAMIL	PENGHASILAN	PENGETAHUANPRETEST	PENGETAHUANPOSTEST	PRETESTTKM	POSTTESTTKM
N	Valid	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1.94	4.22	3.53	1.00	1.41	1.47	1.47	1.16	2.72	2.91	1.72	2.69
Std. Error of Mean		.043	.228	.162	.000	.109	.090	.142	.065	.092	.052	.221	.260
Std. Deviation		.246	1.289	.915	.000	.615	.507	.803	.369	.523	.296	1.250	1.469
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
Maximum		2	6	4	1	3	2	3	2	3	3	4	4
Sum		62	135	113	32	45	47	47	37	87	93	55	86

USIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	RISTI	2	6.2	6.2	6.2
	TIDAK RISTI	30	93.8	93.8	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK SEKOLAH	1	3.1	3.1	3.1
	SD	1	3.1	3.1	6.2
	SMP/SLTP	6	18.8	18.8	25.0
	SMA/SLTA	14	43.8	43.8	68.8
	DIPLOMA	2	6.2	6.2	75.0
	SARJANA	8	25.0	25.0	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

PEKERJAAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	2	6.2	6.2	6.2
	SWASTA	3	9.4	9.4	15.6
	WIRASWASTA	3	9.4	9.4	25.0
	IRT	24	75.0	75.0	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

PARITAS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	HAMIL 1	21	65.6	65.6	65.6
	HAMIL 2	9	28.1	28.1	93.8
	HAMIL 3	2	6.2	6.2	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

USIA ANAK TERAKHIR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<=12 BULAN	17	53.1	53.1	53.1
	1-5 TAHUN	15	46.9	46.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

RIWAYAT HAMIL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CUKUP BULAN	23	71.9	71.9	71.9
	KURANG BULAN	3	9.4	9.4	81.2
	LEBIH BULAN	6	18.8	18.8	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

PENGHASILAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< UMR 2.488	27	84.4	84.4	84.4
	> UMR	5	15.6	15.6	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

PENGETAHUAN PRETEST

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<50	1	3.1	3.1	3.1
	50-75	7	21.9	21.9	25.0
	>=75	24	75.0	75.0	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

PENGETAHUAN POSTEST

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	50-75	3	9.4	9.4	9.4
	>=75	29	90.6	90.6	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

PRETEST TKM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TKM 1,2	23	71.9	71.9	71.9
	TKM 1,2,3,4,5	2	6.2	6.2	78.1
	TKM 1,2,3,4,5,6,7	7	21.9	21.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

POSTTEST TKM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TKM1,2	13	40.6	40.6	40.6
	TKM1,2,3,4,5	1	3.1	3.1	43.8
	TKM1,2,3,4,5,6	1	3.1	3.1	46.9
	TKM1,2,3,4,5,6,7	17	53.1	53.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

UJI WILCOXON

PENGETAHUAN

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PENGETAHUANPOSTEST - PENGETAHUANPRETEST	Negative Ranks	1[a]	4.50	4.50
	Positive Ranks	7[b]	4.50	31.50
	Ties	24[c]		
	Total	32		

a. PENGETAHUANPOSTEST < PENGETAHUANPRETEST

b. PENGETAHUANPOSTEST > PENGETAHUANPRETEST

c. PENGETAHUANPOSTEST = PENGETAHUANPRETEST

Test Statistics[b]

	PENGETAHUAN POSTEST – PENGETAHUAN PRETEST
Z	-2.121[a]
Asymp. Sig. (2-tailed)	.034

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

TINGKAT KEMANDIRIAN KELUARGA

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PRETESTTKM	32	1.72	1.250	1	4
POSTTESTTKM	32	2.69	1.469	1	4

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POSTTESTTKM - PRETESTTKM	Negative Ranks	0[a]	.00	.00
	Positive Ranks	12[b]	6.50	78.00
	Ties	20[c]		
	Total	32		

a. POSTTESTTKM < PRETESTTKM

b. POSTTESTTKM > PRETESTTKM

c. POSTTESTTKM = PRETESTTKM

Test Statistics[b]

	POSTTESTTKM - PRETESTTKM
Z	-3.169[a]
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Kesimpulan :

Ada kenaikan tingkat kemandirian yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan intervensi pencegahan stunting (*P*-value = 0.002)

Lampiran 3

Pembukaan acara penyuluhan oleh Bpk. Drs. H. Sumardi Hanif, M.Pd selaku Kepala Desa Kebalan Kulon

Registrasi peserta

Pembukaan penyuluhan didampingi oleh Bidan Desa Kebalan Kulon Evi Limasfiyah, AMd.Keb dan Ketua BSA Desa Binaan Qoryah Thoyyibah Mar'atus Sakinah, S.Pd

Acara inti pemberian *Health Education*/ penyuluhan

Dokumentasi dengan sebagian peserta penyuluhan

Pemberian penyuluhan online

Wawancara check list kemandirian keluarga

Lampiran 4
Link berita online

https://pwmu.co/221999/12/30/prodi-kebidanan-umla-cegah-stunting-melalui-qaryah-thayyibah1/

Berita online di PWMU Jatim

Link materi penyuluhan online :
https://youtu.be/VLz6T-rm6L0