

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA DERAJAT STUNTING DENGAN
GANGGUAN PERKEMBANGAN MOTORIK HALUS
ANAK *TODDLER* DI WILAYAH PESISIR
SURABAYA**



Oleh :

SITI AULIYA AMINATUS SYAFITRI
NIM. 1410097

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2018**

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA DERAJAT STUNTING DENGAN
GANGGUAN PERKEMBANGAN MOTORIK HALUS
ANAK *TODDLER* DI WILAYAH PESISIR
SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.)
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh :

SITI AULIYA AMINATUS SYAFITRI
NIM. 1410097

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Siti Auliya Aminatus Syafitri

Nim. :1410097

Tanggal Lahir : Surabaya, 28 Juni 1995

Program Studi : S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul **“Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya “**, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.



HALAMAN PERSETUJUAN

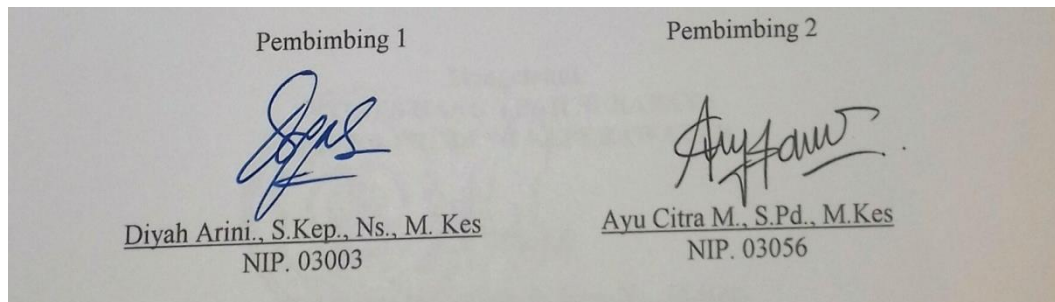
Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Siti Auliya Aminatus Syafitri
N I M : 1410097
Program Studi : S1-Keperawatan
J u d u l : **Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan
Gangguan Perkembangan Motorik Halus
Anak Toddler Di Wilayah Pesisir Surabaya.**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep.)

Surabaya, 09 Juli 2018



Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 09 Juli 2018

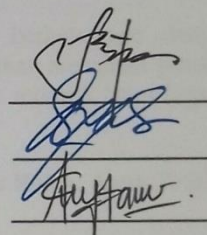
HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari :

Nama : Siti Auliya Aminatus Syafitri
N I M : 1410097
Program Studi : S1-Keperawatan
J u d u l : Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan
Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak
Toddler Di Wilayah Pesisir Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada prodi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji 1 : Setiadi, S.Kep., Ns., M. Kep
NIP. 03001
Penguji 2 : Diyah Arini, S.Kep., Ns., M. Kes
NIP. 03003
Penguji 3 : Ayu Citra M, S.Pd., M.Kes
NIP. 03056



Mengetahui,

STIKES HANG TUAH SURABAYA
PJS- KA PRODI S-1 KEPERAWATAN



Hidayatus Sa'diyah, S. Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 10 Juli 2018

ABSTRAK

Derajat stunting didefinisikan sebagai ukuran status gizi berdasarkan Tinggi Badan (TB) menurut Usia (U) dalam nilai z-score yang dikategorikan menjadi *mild* stunting ($-2SD \leq z\text{-score} < -1SD$), *moderate* stunting ($-3SD \leq z\text{-score} < -2SD$) dan *severe* stunting ($z\text{-score} < -3SD$). Perkembangan motorik halus menjelaskan tentang ketrampilan gerak tubuh anak dalam mengkoordinasikan otot halus. Tujuan penelitian untuk menganalisis hubungan derajat stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus anak *toddler* di wilayah pesisir Surabaya

Desain penelitian analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian seluruh anak stunting di wilayah pesisir Surabaya berjumlah 568 anak pada 4 Kelurahan antara lain Kelurahan Kenjeran, Kelurahan Bulak, Kelurahan Kedung Cowek, dan Kelurahan Sukolilo. Teknik sampel menggunakan *Probability Sampling* dengan menggunakan *Stratified Random Sampling* sebanyak 145 anak .

Hasil penelitian bahwa anak *toddler* yang mengalami derajat stunting paling buruk akan menghasilkan keterlambatan perkembangan motorik halus. Uji *Spearman rho* menunjukkan adanya hubungan antara derajat stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus anak $p=0,006$ ($p < \alpha = 0,05$).

Implikasi penelitian ini adalah derajat stunting berhubungan dengan perkembangan motorik halus, sehingga dapat disosialisasikan mengenai gerakan 1000 hari pertama kehidupan dan stimulasi perkembangan motorik halus kepada kader di Wilayah Pesisir Surabaya.

Kata Kunci : Derajat Stunting, Perkembangan Motorik Halus, Anak *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

ABSTRACT

The degree of stunting is defined as a measure of nutritional status by Age (U) according to Age (U) in the z-score scores that are categorized into mild stunting ($-2SD \leq z\text{-score} < -1SD$), moderate stunting ($-3SD \leq z\text{-score} < -2SD$) and severe stunting ($z\text{-score} < -3SD$). The development of fine motor describes the child's body skills in coordinating smooth muscles. The purpose of this research was to analyze the degree of stunting relationship with the soft motor growth of toddler children in the coastal area of Surabaya

Analytical research design correlation with cross sectional approach. The population was all stunting children in the coastal area of Surabaya amounted to 568 children in 4 sub-districts including Kenjeran, Bulak, Kedung Cowek, and Sukolilo. Sampling technique used Probability Sampling by used Stratified Random Sampling counted 145 child.

The results of the study that toddler children who experienced the worst degree of stunting will result in delays in soft motor growth. Spearman rho test showed a relationship between degree of stunting with fine motor development of children $p = 0,006$ ($p < \alpha = 0,05$).

The implication of this research is the degree of stunting related to the growth of soft motor, so it can be socialized about the movement of the first 1000 days of life and stimulation of soft motor growth to the cadres in the Coastal Area of Surabaya.

Keywords: Degree of Stunting, Soft Motor Growth, Toddler Children in Coastal Area of Surabaya.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan hormat hanya bagi Tuhan Yang Maha Esa, dengan segala anugerah-Nya yang telah memberikan kesempatan penulis dapat menyusun skripsi penelitian dengan judul “Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Pada Anak *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam penyusunan skripsi penelitian ini penulis mendapatkan pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Ibu Wiwiek Liestyningrum, S.Kp., M.Kep, Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa S-1 Keperawatan.
2. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberi fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S-1 Keperawatan.
3. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan S1-Keperawatan
4. Bapak Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji yang telah memberikan ilmunya untuk menyempurnakan dalam skripsi ini.

5. Ibu Diyah Arini, S.Kep., Ns, M.Kes., selaku Pembimbing 1 yang telah meluangkan waktu dan tenaga dalam memberikan arahan dan bimbingan penyusunan dan penyelesaian skripsi ini.
6. Ibu Ayu Citra M, S.Pd., M.Kes, selaku Pembimbing 2 yang telah meluangkan waktu dan tenaga dalam memberikan arahan dan bimbingan penyusunan dan penyelesaian skripsi ini.
7. Seluruh dosen, staf dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi di Stikes Hang Tuah Surabaya.
8. Seluruh responden di Wilayah Pesisir Surabaya yang ikut berpartisipasi dalam penyelesaian skripsi ini.
9. Kedua Orang tua beserta seluruh keluarga saya yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan moral maupun materil kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
10. Teman-teman seperjuangan di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan skripsi ini dengan sebaik-baiknya. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan sehingga mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakan dan bermanfaat terutama bagi masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 10 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SIMBOL DAN SINGKATAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Stunting	6
2.1.1 Definisi Stunting	6
2.1.2 Epidemiologi.....	7
2.1.3 Penyebab	7
2.1.4 Ciri-ciri Stunting	11
2.1.5 Dampak Stunting	11
2.1.6 Intervensi Stunting.....	12
2.1.7 Derajat Stunting	14
2.2 Konsep Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak.....	14
2.2.1 Pengertian Pertumbuhan Dan Perkembangan Pada Anak	14
2.2.2 Ciri-ciri Tumbuh Kembang Anak.....	15
2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang	15
2.2.4 Kebutuhan Dasar Anak	22
2.3 Konsep Perkembangan Motorik Halus.....	23
2.3.1 Pengertian Perkembangan Motorik Halus	23
2.3.2 Prinsip Perkembangan Motorik	23
2.3.3 Tujuan Kemampuan Motorik Halus	24
2.3.4 Fungsi Kemampuan Motorik Halus.....	24
2.3.5 Perkembangan Motorik Halus Sesuai Usia	24
2.4 DDST (Denver Developmental Screening Test)	27
2.5 Model Konsep Keperawatan.....	29
2.6 Hubungan Antar Konsep	34
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	35

3.1	Kerangka Konseptual.....	35
3.2	Hipotesis	36
BAB 4	METODE PENELITIAN	37
4.1	Desain Penelitian	37
4.2	Kerangka Kerja	38
4.3	Waktu Dan Tempat Penelitian.....	39
4.4	Populasi, Sampel, dan Sampling Desain	39
4.4.1	Populasi Penelitian.....	39
4.4.2	Sampel Penelitian	39
4.4.3	Besar Sampel	40
4.4.4	Teknik Sampling.....	44
4.5	Identifikasi Variabel	45
4.5.1	Variabel Bebas (<i>Independent</i>)	45
4.5.2	Variabel Terikat (<i>Dependent</i>)	45
4.6	Definisi Operasional	45
4.7	Pengumpulan, Pengelolaan, dan Analisis Data	47
4.7.1	Pengumpulan Data.....	47
4.7.2	Analisis Data.....	49
4.8	Etika Penelitian.....	50
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN	52
5.1	Hasil Penelitian.....	52
5.1.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian	52
5.1.2	Gambaran Umum Subjek Penelitian.....	54
5.1.3	Data Umum Hasil Penelitian	55
5.1.4	Data Khusus Hasil Penelitian	65
5.2	Pembahasan	67
5.2.1	Derajat Stunting	67
5.2.2	Perkembangan Motorik Halus	76
5.2.3	Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Perkembangan Motorik Halus Anak <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya.....	79
5.3	Keterbatasan	85
BAB 6	PENUTUP.....	85
6.1	Simpulan.....	85
6.2	Saran	85
	DAFTAR PUSTAKA	87
	Lampiran	91

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Definisi operasional penelitian Hubungan Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Balita Di Wilayah Pesisir Surabaya.....	46
Tabel 5.1	Data sarana dan prasarana kesehatan di Puskesmas Kenjeran Surabaya.....	53
Tabel 5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Anak <i>Toddler</i> Stunting di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	55
Tabel 5.3	Karakteristik Pendidikan Ayah Yang Memiliki Anak Stunting Usia <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	56
Tabel 5.4	Karakteristik Pendidikan Ibu Yang Memiliki Anak Stunting Usia <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	56
Tabel 5.5	Karakteristik Pekerjaan Ayah Yang Memiliki Anak Stunting Usia <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	57
Tabel 5.6	Karakteristik Pekerjaan Ibu Yang Memiliki Anak Stunting Usia <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	57
Tabel 5.7	Karakteristik Riwayat Berat Badan Lahir Anak Stunting Usia <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	58
Tabel 5.8	Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Pernah Mendapatkan ASI di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	58
Tabel 5.9	Karakteristik Responden Yang Masih Mendapatkan ASI Sampai Saat ini di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	59
Tabel 5.10	Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Usia Berhenti ASI Pada Anak Stunting Usia <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	59
Tabel 5.11	Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Pemberian Minuman Selain ASI di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	60
Tabel 5.12	Karakteristik Responden Berdasarkan Pemberian Makanan Seperti Susu Formula, Biskuit, dll di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	60
Tabel 5.13	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Pertama Kali MPASI di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	61
Tabel 5.14	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Makanan Yang Diberikan Pada Anak Stunting Usia <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	61
Tabel 5.15	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Imunisasi Pada Anak Stunting Usia <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	62
Tabel 5.16	Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Pemeriksaan ANC Pada Ibu Hamil di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	62
Tabel 5.17	Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Penyulit ANC Pada Ibu Hamil di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	63
Tabel 5.18	Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Infeksi Diare 6 Bulan Terakhir Pada Anak Stunting Usia <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	63

Tabel 5.19	Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Infeksi ISPA 6 Bulan Terakhir Pada Anak Stunting Usia <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	64
Tabel 5.20	Karakteristik Responden Berdasarkan Memiliki Sanitasi di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018	64
Tabel 5.21	Karakteristik Responden Berdasarkan Memiliki Sumber Air Bersih di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	64
Tabel 5.22	Karakteristik Responden Berdasarkan Penghasilan Keluarga di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018	65
Tabel 5.23	Karakteristik Responden Berdasarkan Derajat Stunting Pada Anak <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	65
Tabel 5.24	Karakteristik Responden Berdasarkan Perkembangan Motorik Halus Pada Anak <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018..	66
Tabel 5.25	Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak <i>Toddler</i> di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018.....	66

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka konsep Imogene M. King.....	33
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak <i>Toddler</i> Di Wilayah Pesisir Surabaya	35
Gambar 4.1	Bagan Rancangan penelitian <i>cross-sectional</i>	37
Gambar 4.2	Kerangka Kerja Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak <i>Toddler</i> Di Wilayah Pesisir Surabaya.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	51
Lampiran 2 <i>Motto</i> dan Persembahan	52
Lampiran 3 Lembar Pengajuan Judul	54
Lampiran 4 Data Balita Stunting Berdasarkan nilai <i>z-score</i>	55
Lampiran 5 Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	56
Lampiran 6 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	57
Lampiran 7 Lembar Kuisisioner Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak <i>Toddler</i> Di Wilayah Pesisir Surabaya	58
Lampiran 8 Tabel <i>z-score</i> menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI.....	67

DAFTAR SIMBOL DAN SINGKATAN

< : Kurang dari

DDST : *Denver Developmental Screening Test*

PB : Panjang Badan

TB : Tinggi Badan

U : Usia

ASI : Air Susu Ibu

ANC : *Ane Natal Care*

BBLR : Berat Badan Lahir Rendah

HPK : Hari Pertama Kehidupan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stunting menggambarkan status gizi kurang yang bersifat kronik pada masa pertumbuhan dan perkembangan sejak awal kehidupan. Stunting (tubuh pendek) adalah keadaan tubuh yang sangat pendek hingga melampaui defisit -2 SD di bawah median panjang atau tinggi badan populasi yang menjadi referensi internasional (Pantaleon, Hadi and Gamayanti, 2015). Menurut (Widanti, 2013) Stunting terutama disebabkan oleh masalah kekurangan gizi yang berawal dari masalah kemiskinan, politik, budaya, serta kedudukan perempuan di masyarakat. Stunting juga dapat menyebabkan terhambatnya perkembangan sistem motorik, baik pada anak yang normal maupun mengidap penyakit tertentu.

Motorik merupakan perkembangan pengendalian gerakan tubuh melalui kegiatan yang terkoordinir antara susunan saraf, otot, otak, dan spinal cord. Perkembangan motorik meliputi motorik kasar dan halus (Hannurofik, 2010). Keterampilan motorik halus merupakan koordinasi halus pada otot-otot kecil yang memainkan suatu peran (Soetjningsih, 2013). Perkembangan motorik pada anak dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya derajat stunting, asupan zat gizi, faktor sosial ekonomi rumah tangga, peranan dari sosial rumah tangga terutama ibu dalam mengasuh anak, pendidikan ibu dan pekerjaan ibu (Nurbaeti, 2016).

Hasil studi pendahuluan di wilayah Kenjeran Surabaya dengan cara wawancara pada petugas puskesmas didapatkan angka kejadian stunting di kenjeran mengalami peningkatan dan dilakukan pemeriksaan perkembangan dengan menggunakan instrumen DDST pada beberapa anak stunting mengalami

gangguan perkembangan motorik halus seperti menggoyangkan ibu jari, mencontoh bentuk lingkaran, dan meniru garis vertical.

Secara global, pada tahun 2010 prevalensi anak pendek sebesar 171 juta anak-anak di mana 167 juta kejadian terjadi di negara berkembang (Lppm, Hang and Pekanbaru, 2015). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 terdapat angka prevelensi kekurangan gizi 37,2% balita stunting terdiri dari balita dengan tinggi badan dibawah normal yang terdiri dari 18,0% balita sangat pendek dan 19,2% balita pendek. Sedangkan prevalensi balita wasting sebesar 19,2% terdiri dari 5,7% balita dengan gizi buruk, berstatus gizi kurang 13,9 % (Entie Rosela S, Tulus Puji Hastuti, 2017). Dalam penelitian (Ni`mah Khoirun and Nadhiroh, 2015) menyebutkan kejadian stunting pada balita di Kota Surabaya tahun 2014 sebesar 21,5%. Hasil studi pendahuluan didapatkan data di 63 Puskesmas wilayah Surabaya tahun 2015-2016 dengan jumlah balita stunting 24.912 dengan presentase 14,86%. Hasil penelitian derajat stunting dengan perkembangan motorik halus didapatkan data subjek dengan stunting ringan yang mengalami gangguan perkembangan motorik halus (18,9%), subjek dengan stunting sedang yang mengalami gangguan perkembangan motorik halus (76,5%) dan subjek dengan stunting berat yang mengalami gangguan perkembangan motorik halus (60,0%) (Nurbaeti, 2016). Dari hasil pemeriksaan perkembangan motorik halus yang dilakukan dengan menggunakan lembar DDST pada 10 anak stunting didapatkan kesimpulan 4 anak stunting dengan derajat stunting ringan (40%) dengan hasil perkembangan normal, 5 anak stunting dengan derajat berat (50%) mengalami *suspect*/dicurigai ada keterlambatan dan 1 anak stunting dengan derajat sedang (10%) mengalami *untestable*.

Stunting menyebabkan terhambatnya perkembangan motorik halus, karena pada anak stunting terjadi keterlambatan kematangan sel saraf terutama di bagian cerebellum yang merupakan pusat koordinasi gerak motorik (Nugroho, Susanto and Kartasurya, 2014). Pada anak stunting yang mengalami penurunan fungsi motorik berkaitan dengan rendahnya kemampuan mekanik dari otot trisep akibat lambatnya kematangan fungsi otot (Hanani, 2016). Gerakan motorik halus tidak dapat dilakukan dengan sempurna apabila mekanisme otot belum berkembang, hal ini terjadi pada anak yang mengalami gangguan pertumbuhan seperti pendek (*stunted*), dimana otot berbelang (*striped muscle*) atau *striated muscle* yang mengendalikan gerakan sukarela berkembang dalam laju yang agak lambat, sebelum anak dalam kondisi normal, tidak mungkin ada tindakan sukarela yang terkoordinasi (Nurbaeti, 2016). Sehingga kejadian stunting berlangsung sejak lama yang dialami oleh anak dapat menyebabkan terlambatnya perkembangan motorik. Terlambatnya perkembangan motorik halus pada anak stunting dapat mengakibatkan tujuan dari perkembangan motorik halus tidak dapat tercapai salah satunya dalam memfungsikan otot-otot kecil seperti gerakan jari tangan (Novisiam, 2012). Selain itu, anak *toddler* yang mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus menyebabkan bergantung pada orang lain dan tidak dapat berinteraksi dengan orang lain (Pantaleon, Hadi and Gamayanti, 2015).

Peran perawat dalam masalah ini adalah sebagai *educator* untuk memberikan *health education* kepada ibu di Posyandu balita dalam mencegah faktor resiko yang menyebabkan kejadian stunting pada anak. Stunting juga dapat di cegah dengan cara memperhatikan kecukupan gizi di 1000 hari pertama kehidupan pada ibu maupun anak. Anak stunting dapat dilakukan skrining

pertumbuhan dan perkembangan motorik halus untuk mendeteksi adanya keterlambatan perkembangan motorik halus pada anak. Intervensi dini yang dapat dilakukan pada anak stunting yang telah mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus dengan diberikan stimulasi pada anak stunting. Dalam hal tersebut dapat mencegah terjadinya keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan, khususnya perkembangan motorik halus pada anak. Berdasarkan hal tersebut, peneliti ingin mengetahui hubungan antara kejadian stunting dengan perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara derajat stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara derajat stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi derajat stunting pada anak *toddler* stunting di Wilayah Pesisir Surabaya.
2. Mengidentifikasi perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.
3. Menganalisis hubungan antara derajat stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat membuktikan secara ilmiah adanya hubungan antara kejadian stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Keluarga Balita Stunting

Penelitian ini digunakan sebagai gambaran pada orang tua tentang perkembangan motorik halus pada anak *toddler* yang mengalami stunting dan orang tua dapat memberikan dukungan terhadap perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat bermanfaat, memperluas wawasan, dan memberikan sumbangan ilmiah dalam bidang keperawatan anak. Khususnya tentang kejadian stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

3. Bagi Lahan Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan indikator dalam penerapan pemeriksaan perkembangan motorik halus pada anak *toddler* yang mengalami stunting.

4. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan sebagai acuan sumber data untuk pengembangan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan kejadian stunting terhadap perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi : 1) Konsep Stunting, 2) Konsep Tumbuh Kembang, 3) Konsep Perkembangan Motorik, 4) Konsep DDST, 5) Model Konsep Keperawatan, 6) Hubungan Antar Konsep

2.1 Konsep Stunting

2.1.1 Definisi Stunting

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek) (Meilyasari and Isnawati, 2014). Stunting merupakan kondisi status gizi anak yang dilihat dari pengukuran tinggi badan dibandingkan dengan umur, dimana pada hasil pengukuran ada pada nilai <-2 standar deviasi standar penilaian WHO (*WHO Child Growth Standards*) (Hanani, 2016). Stunting adalah sebuah kondisi dimana tinggi badan seseorang ternyata lebih pendek dibandingkan dengan tinggi badan orang lain pada umumnya (yang sesuai) (Sandjojo, 2017).

Pendek (stunting) merupakan tragedi yang tersembunyi. Pendek terjadi karena dampak kekurangan gizi kronis selama 1.000 hari pertama kehidupan anak. Kerusakan yang terjadi mengakibatkan perkembangan anak yang *irreversible* (tidak bisa diubah), anak tersebut tidak akan pernah mempelajari atau mendapatkan sebanyak yang dia bisa (Trihono, Atmarita, Dwi Hapsari Tjandrarini,

2015). Stunting dianggap sebagai indikator malnutrisi yang baik dan mewakili status nutrisi yang kronis (Shang *et al.*, 2010).

2.1.2 Epidemiologi

Satu dari tiga anak di negara berkembang dan miskin mengalami stunting, dengan kejadian tertinggi berada di kawasan Asia Selatan yang mencapai 46% disusul dengan kawasan Afrika sebesar 38%, sedangkan secara keseluruhan angka kejadian stunting di Negara miskin dan berkembang mencapai 32% (Wiyogowati, 2012). Pada bayi usia 0-3 bulan yang mengalami stunting disebabkan karena genetik orang tua sedangkan pada anak usia 6-12 bulan lebih karena faktor kondisi lingkungan (Wiyogowati, 2012).

2.1.3 Penyebab

Stunting disebabkan oleh faktor multi dimensi sebagai berikut (Wiyogowati, 2012):

1. Faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita.

Status gizi merupakan indikator yang digunakan untuk menentukan derajat kesehatan yang sangat berkaitan dengan permasalahan kesehatan yang dialami seseorang (Suhartiningsih and Putri, 2013). Asupan gizi seimbang yang menghasilkan energi digunakan untuk proses mekanisme biologis dan kimiawi dalam tubuh memerlukan. Pada anak stunting yang mengalami kekurangan energi akan berakibat pada penurunan kadar hormon pertumbuhan (Solihin, Faisal and Dadang, 2013).

2. Pendidikan Ibu.

Pendidikan adalah usaha menarik sesuatu di dalam manusia sebagai upaya memberikan pengalaman-pengalaman belajar terprogram dalam bentuk

pendidikan formal, nonformal dan informasi di sekolah maupun diluar sekolah yang berlangsung seumur hidup dengan tujuan optimalisasi kemampuan-kemampuan individu agar di kemudian hari dapat memainkan peranan hidup secara tepat (Rahmawati, 2017). Tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi proses penerimaan informasi, dimana seseorang dengan tingkat pendidikan yang baik akan lebih mudah dalam menerima informasi dibandingkan dengan seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang kurang (Ni'mah, 2015). Jika pendidikan dan pengetahuan ibu rendah maka ibu kurang mampu dalam hal memilih dan menyajikan untuk memenuhi makanan bergizi seimbang untuk anak maupun keluarga (Rahayu and Khairiyati, 2014).

3. Asi eksklusif.

Pemberian ASI (Air Susu Ibu) merupakan faktor penting bagi pertumbuhan dan perkembangan serta kesehatan anak (Rohmatun, 2014). Selain itu, ASI merupakan sumber penting dalam mencukupi kebutuhan energi dan protein dalam masa bayi selama 6 bulan (Ranuh, 2013). Studi penelitian di sebutkan bahwa anak dengan usia 2-5 tahun sudah tidak mendapatkan ASI sehingga dari riwayat pemberian ASI, diketahui 16 anak tidak mendapatkan ASI dengan alasan ASI tidak keluar dan ibu sedang sakit pada saat usai melahirkan (Damayanti and Muniroh, 2016).

4. Makanan pengganti asi (MP-ASI)

5. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC (*Ane natal care*), post natal dan pembelajaran dini yang berkualitas.

- a. anak usia 3-6 tahun tidak terdaftar di Pendidikan Anak Usia Dini.
- b. ibu hamil belum mengkonsumsi suplemen zat besi yang memadai.

- c. Menurunnya tingkat kehadiran anak di Posyandu (dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013).
- d. Tidak mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi.

6. Kurangnya Energi Protein

Asupan makanan berkaitan dengan kandungan nutrisi (zat gizi) yang terkandung didalam makanan yang dimakan biasanya dikenal dengan makronutrisi dan mikronutrisi. Nutrisi yang baik berhubungan dengan peningkatan kesehatan bayi, anak-anak, dan ibu, sistem kekebalan yang kuat, kehamilan dan kelahiran yang aman, resiko rendah terhadap penyakit tidak menular (Wiyogowati, 2012).

7. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi.

Air bersih merupakan faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan (Wiyogowati, 2012). Sanitasi Total Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan (Kemenkes, 2014). Sanitasi yang buruk merupakan penyebab utama terjadinya penyakit diare, kolera, disentri, tifoid, dan hepatitis A sedangkan sumber air yang terkontaminasi akan menimbulkan dampak pada anak seperti malnutrisi, *stunted*, dan perkembangan otak (intelektual) yang terhambat (Wiyogowati, 2012).

8. BBLR

BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) adalah bayi yang dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2.500 gram, tanpa memandang usia gestasi (Sholiha and Sumarmi, 2015). Pada umumnya balita dengan berat badan lahir yang rendah akan mempunyai risiko lebih tinggi dalam tumbuh kembang secara jangka panjang

kehidupannya (Diasmarani Nurul, 2011). Bayi dengan berat lahir rendah juga mempunyai kemampuan menyusu yang lebih rendah dibandingkan dengan bayi yang memiliki berat badan lahir normal (Khasanah, 2011).

9. Imunisasi

Imunisasi bertujuan untuk memberikan kekebalan terhadap antigen tertentu untuk mencegah penyakit dan kematian anak, hal ini ada keterkaitan antara malnutrisi dengan penyakit infeksi yang dapat mempengaruhi secara langsung terhadap status gizi pada anak terutama stunting (Susiloningrum, 2017).

10. Status Ekonomi

Besarnya pendapatan yang diperoleh atau diterima rumah tangga dapat menggambarkan kesejahteraan dan dalam pengeluaran untuk konsumsi makanan erat hubungannya dengan tingkat pendapatan masyarakat (Wiyogowati, 2012). Status ekonomi yang berlangsung dalam waktu yang lama dapat mengakibatkan keluarga tidak mampu dan mengalami keterbatasan untuk memenuhi kebutuhan pangan dengan kuantitas dan kualitas yang baik seperti protein, vitamin dan mineral yang berakibat pada kekurangan gizi baik zat makro maupun mikro (Dian Hidayati, T. M. Thaib, 2010).

11. Status Penyakit Infeksi

Balita yang sering mengalami diare akut akan beresiko lebih besar tumbuh menjadi stunting. Selama diare bakteri masuk ke dalam usus halus dan mengalami multiplikasi. Bakteri mengeluarkan toksin yang akan mempengaruhi sel mukosa usus halus (menstimulasi enzim adenilsiklase). Enzim tersebut mengubah *Adenosine Tri Phosphat* (ATP) menjadi *cyclic Adenosine Mono Phosphate* (cAMP) dan dengan meningkatnya cAMP akan terjadi peningkatan sekresi ion Cl ke dalam

lumen usus. Sekresi larutan isotonik oleh mukosa usus halus (*hipersekreksi*) sebagai akibat terbentuknya toksin tersebut akan membuat fungsi absorpsi lainnya dari mukosa usus halus terganggu (penurunan jumlah enzim sakaridase, lipase, dan protease) (Almatsier Sunita, 2011). Berdasarkan penelitian sebelumnya di 20 negara terbesar di dunia terdapat 80% anak yang mengalami stunting, anak yang mengalami malnutrisi disertai dengan kasus diare sebesar 51%, pada kasus malaria sebesar 57%, kasus pneumonia sebesar 52%, dan kasus campak sebesar 45% yang berakhir meninggal dunia (Hussein and Adam, 2015).

2.1.4 Ciri-ciri Stunting

Ciri-ciri stunting anak (Sandjojo, 2017):

1. Pertumbuhan melambat.
2. Wajah tampak lebih muda dari usianya.
3. Pertumbuhan gigi terlambat.
4. Performa buruk pada tes perhatian dan memori belajar.
5. Tanda pubertas terlambat

2.1.5 Dampak Stunting

Stunting dapat menimbulkan dampak buruk seperti (Sandjojo, 2017):

1. Dampak yang muncul dalam jangka pendek

Anak yang mengalami stunting dampak yang muncul dalam jangka pendek yaitu terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh.

2. Dampak yang muncul dalam jangka panjang

Dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan stunting adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan

tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua.

2.1.6 Intervensi Stunting

Penanganan stunting dapat dilakukan melalui intervensi spesifik dan intervensi sensitif pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

1. Intervensi spesifik pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)

Intervensi spesifik merupakan intervensi yang ditujukan pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan berkontribusi pada penurunan stunting sebesar 30%. Intervensi spesifik yang dimaksud antara lain :

a. Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu hamil

Intervensi yang dapat dilakukan seperti memberikan makanan tambahan (PMT) pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis, mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat, mengatasi kekurangan iodium, menanggulangi kecacingan pada ibu hamil serta melindungi ibu hamil dari malaria.

b. Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 0-6 bulan

Intervensi ini dilakukan melalui beberapa kegiatan yang mendorong inisiasi menyusui dini/IMD terutama melalui pemberian ASI jolong/colostrums serta mendorong pemberian ASI Eksklusif.

- c. Intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 7-23 bulan

Intervensi yang dapat dilakukan meliputi kegiatan untuk mendorong penerusan pemberian ASI hingga anak/bayi berusia 23 bulan. Kemudian, setelah bayi berusia diatas 6 bulan didampingi oleh pemberian MP-ASI, menyediakan obat cacing, menyediakan suplementasi zink, melakukan fortifikasi zat besi ke dalam makanan, memberikan perlindungan terhadap malaria, memberikan imunisasi lengkap, serta melakukan pencegahan dan pengobatan diare.

2. Intervensi Gizi Sensitif

Intervensi gizi sensitif dapat dilaksanakan melalui beberapa kegiatan yang umumnya makro dan dilakukan secara lintas Kementerian dan Lembaga. Pada penurunan stunting melalui intervensi gizi spesifik sebagai berikut:

- a. Menyediakan dan memastikan akses terhadap air bersih.
- b. Menyediakan dan memastikan akses terhadap sanitasi.
- c. Melakukan fortifikasi bahan pangan.
- d. Menyediakan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB).
- e. Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- f. Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal).
- g. Memberikan pendidikan pengasuhan pada orang tua.
- h. Memberikan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) Universal.
- i. Memberikan pendidikan gizi masyarakat.

- j. Memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja.
- k. Menyediakan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin.
- l. Meningkatkan ketahanan pangan dan gizi.

2.1.7 Derajat Stunting

Derajat stunting didefinisikan sebagai ukuran status gizi berdasarkan indeks Tinggi Badan (TB) menurut Umur (U), baku rujukan WHO dalam nilai *z-score* yang dikategorikan menjadi :

1. *Mild Stunting* ($-2\text{ SD} \leq z\text{-score} < -1\text{SD}$)
2. *Moderate Stunting* ($-3\text{ SD} \leq z\text{-score} < -2\text{ SD}$)
3. *Severe Stunting* ($z\text{-score} < -3\text{SD}$)

2.2 Konsep Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak

2.2.1 Pengertian Pertumbuhan Dan Perkembangan Pada Anak

Tumbuh kembang merupakan proses yang berkesinambungan yang terjadi sejak konsepsi dan terus berlangsung sampai dewasa (Soetjiningsih, 2013). Pertumbuhan atau "*Growth*" merupakan bertambahnya jumlah sel tubuh manusia dalam dimensi tingkat sel yang dapat diukur seperti panjang badan, berat badan, gigi geligi, dan proses metabolisme pertumbuhan (Ranuh, 2013). Pertumbuhan (*Growth*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkat sel, organ maupun individu (Soetjiningsih, 2013). Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan skill dalam struktur dan fungsi tubuh dalam pola yang teratur dan sebagai hasil dari proses pematangan (Arfiana and Lusiana, 2016).

2.2.2 Ciri-ciri Tumbuh Kembang Anak

Menurut Hurlock EB tumbuh kembang anak mempunyai ciri-ciri tertentu, yaitu (Soetjiningsih, 2013):

1. Perkembangan melibatkan perubahan (*Development involves changes*).
2. Perkembangan lebih awal lebih kritis daripada perkembangan selanjutnya (*Early development is more critical than latter development*).
3. Perkembangan adalah hasil dari maturasi dan proses belajar.
4. Pola perkembangan dapat diramalkan.
5. Pola perkembangan mempunyai karakteristik yang dapat diramalkan.
6. Terdapat perbedaan individu dalam perkembangan.
7. Terdapat periode/tahapan dalam pola perkembangan.
8. Terdapat harapan sosial untuk setiap periode perkembangan.
9. Setiap area perkembangan mempunyai potensi resiko.

2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Secara umum terdapat dua faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang pada anak, yaitu (Soetjiningsih, 2013):

1. Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan modal dasar dan mempunyai peran utama dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak (Arfiana and Lusiana, 2016). Melalui instruksi genetik yang terkandung di dalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan (Soetjiningsih, 2013).

2. Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai tidaknya potensi genetik. Lingkungan yang baik akan memungkinkan tercapainya potensi

genetik, sedangkan yang tidak baik akan menghambatnya. Lingkungan yang dimaksud merupakan lingkungan bio-fisiko-psiko-sosial. Dimana lingkungan bio-fisiko-psiko-sosial pada masa pascanatal yang mempengaruhi tumbuh kembang dapat digolongkan sebagai berikut :

a. Faktor biologis

1) Ras/suku bangsa

Pertumbuhan somatik dipengaruhi oleh ras/suku bangsa. Bangsa kulit putih/ras eropa mempunyai pertumbuhan somatik lebih tinggi daripada bangsa asia (Rahmawati, 2017).

2) Jenis kelamin

Pertumbuhan fisik dan motorik berbeda antara laki-laki dan perempuan. Anak laki-laki lebih aktif dibandingkan dengan anak perempuan (Soetjiningsih, 2013).

3) Umur

Pada masa balita terutama pada usia satu tahun pertama, sangat rentan terhadap penyakit maupun kekurangan gizi. Oleh karena itu, pada usia tersebut diperlukan pengawasan khusus (Soetjiningsih, 2013).

4) Gizi

Makanan memegang peran penting dalam tumbuh kembang anak. Kebutuhan gizi pada anak berbeda dengan kebutuhan gizi pada orang dewasa (Soetjiningsih, 2013). Pada anak diperlukan gizi seimbang seperti protein, vitamin dan mineral (Dian Hidayati, T. M. Thaib, 2010).

5) Perawatan kesehatan

Perawatan kesehatan yang teratur tidak saja dilaksanakan ketika anak sakit, namun perawatan kesehatan mencakup pemeriksaan, imunisasi, skrining dan deteksi dini gangguan tumbuh kembang, stimulasi dini, termasuk menimbang anak secara rutin tiap bulan (Soetjiningsih, 2013).

6) Kerentanan terhadap penyakit

Bayi sangat rentan dengan penyakit sehingga dapat diminimalkan dengan pemberian gizi yang baik termasuk ASI, meningkatkan sanitasi, dan memberikan imunisasi (Soetjiningsih, 2013).

7) Kondisi kesehatan kronis

Kondisi kesehatan kronis adalah keadaan yang memerlukan perawatan secara kontinue tidak hanya penyakit namun gangguan perkembangan juga memerlukan perawatan yang kontinue. Anak yang mengalami kondisi kesehatan kronis sering mengalami gangguan tumbuh kembang dan gangguan pendidikannya (Soetjiningsih, 2013).

8) Fungsi metabolisme

Pada anak, terdapat perbedaan proses metabolisme yang mendasar di antara berbagai jenjang umur, maka kebutuhan akan berbagai nutrisi harus didasarkan atas perhitungan yang tepat atau memadai sesuai tahapan umur. Penyakit metabolik yang banyak ditemukan pada anak adalah diabetes mellitus dan hipotiroid. Selain itu masih banyak penyakit metabolik yang belum terdiagnosis dengan baik, karena

penyakit tersebut langka. Diagnosis serta tatalaksananya memerlukan biaya yang besar

9) Hormon

Ada tiga hormon utama yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak yaitu hormon somatotropik, hormon tiroid, dan hormon gonadotropin. Hormon somatotropik (*growth hormone*) terutama digunakan selama masa kanak-kanak yang mempengaruhi pertumbuhan tinggi badan karena menstimulasi terjadinya proliferasi sel kartilago dan sistem skeletal. Apabila kelebihan, hal ini akan menyebabkan gigantisme, yaitu anak tumbuh sangat tinggi dan besar dan apabila kekurangan menyebabkan dwarfism atau kerdil. Hormon tiroid menstimulasi pertumbuhan sel interstisial dari testis untuk memproduksi testosteron dan ovarium untuk memproduksi estrogen. Selanjutnya testosteron akan menstimulasi perkembangan karakteristik seks sekunder anak laki-laki yaitu menghasilkan spermatozoa, sedangkan estrogen akan menstimulasi perkembangan karakteristik seks sekunder anak perempuan dan menghasilkan ovum.

b. Faktor lingkungan fisik

1) Cuaca, musim, keadaan geografis suatu daerah

Musim kemarau yang panjang, banjir, gempa bumi atau bencana alam lainnya dapat berdampak pada tumbuh kembang anak sebagai akibat dari kurangnya persediaan pangan dan meningkatnya wabah penyakit sehingga banyak anak yang terganggu tumbuh kembangnya.

Gondok endemik banyak ditemukan didaerah pegunungan karena sumber airnya kurang mengandung yodium (Soetjningsih, 2013)

2) Sanitasi

Sanitasi lingkungan memiliki peran yang cukup dominan terhadap kesehatan anak dan tumbuh kembangnya. Kebersihan (baik kebersihan perorangan maupun lingkungan) memegang peranan yang penting dalam menimbulkan penyakit. Kebersihan yang kurang dapat menyebabkan anak sering sakit misalnya diare, cacangan, demam tifoid, hepatitis, malaria, demam berdarah dan sebagainya. Demikian pula polusi udara yang berasal dari pabrik, asap kendaraan atau asap rokok dapat berpengaruh terhadap tingginya angka kejadian ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut). Tumbuh kembang anak yang sering menderita sakit pasti terganggu (Soetjningsih, 2013).

3) Keadaan rumah

Struktur bangunan, ventilasi, cahaya dan kepadatan hunian. Keadaan perumahan yang layak dengan kontruksi bangunan yang tidak membahayakan penghuninya serta tidak penuh sesak akan menjamin kesehatan penghuninya (Soetjningsih, 2013).

4) Radiasi

Tumbuh kembang anak dapat terganggu akibat adanya radiasi yang tinggi (Soetjningsih, 2013).

c. Faktor psikososial

1) Stimulasi

Stimulasi dari lingkungan merupakan hal yang penting untuk tumbuh kembang anak. Anak yang mendapat stimulasi yang terarah dan teratur akan lebih cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang kurang/tidak mendapat stimulasi.

2) Motivasi belajar

Motivasi belajar dapat ditimbulkan sejak dini dengan memberikan lingkungan yang kondusif untuk belajar, misalnya perpustakaan, buku-buku yang menarik minat baca anak dan bermutu, suasana tempat belajar yang tenang, sekolah yang tidak terlalu jauh serta sarana lainnya.

3) Ganjaran atau hukuman yang wajar (*reinforcement/reward and punishment*)

Kalau anak berbuat benar, kita wajib memberi ganjaran berupa pujian, ciuman, belaian, tepuk tangan dan sebagainya. Ganjaran tersebut akan menimbulkan motivasi yang kuat bagi anak untuk mengulangi tingkah laku yang baik tersebut. Sementara itu, menghukum dengan cara yang wajar kalau anak berbuat salah masih dibenarkan. Hukuman harus diberikan secara obyektif dengan disertai penjelasan pengertian dan maksud hukuman tersebut, bukan hukuman untuk melampiaskan kebencian dan kejengkelan kepada anak atau penganiayaan pada anak (*abuse*). Anak diharapkan tahu mana yang baik dan tidak baik sehingga dapat timbul rasa percaya diri pada anak yang penting untuk perkembangan kepribadiannya kelak.

4) Kelompok sebaya

Anak memerlukan teman sebaya untuk bersosialisasi dengan lingkungannya. Perhatian dari orang tua tetap dibutuhkan untuk memantau dengan siapa anak tersebut bergaul.

5) Stress

Stress pada anak juga berpengaruh terhadap tumbuh kembangnya, misalnya anak akan menarik diri, rendah diri, gagap, nafsu makan menurun dan bahkan bunuh diri.

6) Sekolah

Pendidikan yang baik dapat meningkatkan taraf hidup anak kelak. Saat ini yang menjadi masalah sosial adalah masih banyaknya anak yang terpaksa tidak sekolah karena harus mencari nafkah untuk keluarganya.

7) Citra dan kasih sayang

Anak memerlukan kasih sayang dan perlakuan yang adil dari orang tuanya, agar kelak ia menjadi anak yang tidak sombong dan bisa memberikan kasih sayangnya pula. Sebaliknya kasih sayang yang berlebihan akan menghambat bahkan mematikan perkembangan kepribadian anak. Akibatnya anak akan menjadi manja, kurang mandiri, pemboros, kurang bertanggungjawab dan kurang bisa menerima kenyataan.

8) Kualitas interaksi anak dan orang tua

Kedekatan dan kepercayaan antara anak dan orang tua sangat penting. Interaksi tidak ditentukan oleh lama waktu bersama anak,

tetapi lebih ditentukan oleh kualitas interaksi tersebut. Hubungan yang menyenangkan dengan orang lain terutama dengan anggota keluarga akan mendorong anak untuk mengembangkan kepribadian dan interaksi sosial dengan orang lain.

2.2.4 Kebutuhan Dasar Anak

kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang, secara umum digolongkan menjadi 3 kebutuhan dasar (Soetjiningsih, 2013):

1. Kebutuhan fisik – biomedis (ASUH)

Kebutuhan fisik-biomedis meliputi pangan/gizi (kebutuhan terpenting), perawatan kesehatan dasar (antara lain imunisasi, pemberian ASI, penimbangan bayi/anak yang teratur, pengobatan kalau sakit), papan/pemukiman yang layak, kebersihan perorangan, sanitasi lingkungan, sandang, kebugaran jasmani, rekreasi dan lain-lain (Ranuh, 2013).

2. Kebutuhan emosi/kasih sayang (ASIH)

Pada tahun pertama kehidupan, hubungan yang penuh kasih sayang, erat, mesra dan selaras antara ibu/pengasuh dan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang optimal, baik fisik, mental maupun psikososial. Peran dan kehadiran ibu/pengasuh sedini dan selanggeng mungkin akan menjalin rasa aman bagi bayi. Hubungan ini diwujudkan dengan kontak fisik (kulit/tatap mata) dan psikis sedini mungkin, misalnya dengan menyusui bayi secepat mungkin segera setelah lahir (inisiasi dini). Peran ayah dalam memberikan kasih sayang dan menjaga keharmonisan keluarga juga merupakan media yang bagus untuk tumbuh kembang anak. Kekurangan kasih sayang ibu pada tahun-tahun pertama kehidupan mempunyai dampak negatif pada tumbuh kembang anak

secara fisik, mental, sosial, emosi yang disebut sindrom deprivasi maternal. Kasih sayang dari orang tuanya (ayah dan ibu) akan menciptakan ikatan yang erat dan kepercayaan dasar (basic trust) (Soetjiningsih, 2013).

3. Kebutuhan akan stimulasi mental (ASAH)

Stimulasi mental merupakan cikal bakal untuk proses belajar meningkatkan kecerdasan, ketrampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moral, etika, produktivitas dan sebagainya (Ranuh, 2013).

2.3 Konsep Perkembangan Motorik Halus

2.3.1 Pengertian Perkembangan Motorik Halus

Perkembangan motorik merupakan perkembangan kontrol pergerakan badan melalui koordinasi aktivitas saraf pusat, saraf tepi, dan otot (Soetjiningsih,2013:25).

Menurut Esty Ratnasari (2013) keterampilan motorik halus yaitu gerakan terbatas dari bagian-bagian yang meliputi otot kecil. Keterampilan motorik halus melibatkan gerakan yang diatur secara halus, seperti menggenggam mainan, mengancingkan baju, atau melakukan apapun yang memerlukan keterampilan motorik halus (Santrock, 2007). Keterampilan motorik halus (*Fine Motor*) merupakan koordinasi halus pada otot-otot kecil yang memainkan suatu peran utama (Soetjiningsih,2013).

2.3.2 Prinsip Perkembangan Motorik

Prinsip perkembangan motorik sebagai berikut :

1. Perkembangan motorik tergantung pada maturasi saraf dan otot.
2. Belajar keterampilan motorik tidak bisa terjadi sampai anak siap secara matang.

3. Perkembangan motorik mengikuti pola yang dapat di prediksi.
4. Pola perkembangan motorik dapat ditentukan.

Kecepatan perkembangan motorik berbeda untuk setiap individu.

2.3.3 Tujuan Kemampuan Motorik Halus

Menurut Saputro dan Rudyanto (2005), dalam Novisiam (2012) mengatakan ada tiga tujuan kemampuan motorik halus yaitu:

1. Anak mampu memfungsikan otot-otot kecil seperti gerakan jari tangan.
2. Anak mampu mengkoordinasikan kecepatan tangan dengan mata.
3. Anak mampu mengendalikan emosi.

2.3.4 Fungsi Kemampuan Motorik Halus

Kemampuan motorik halus pada anak memiliki fungsi sebagai berikut (Novisiam, 2012) :

1. Sebagai alat untuk mengembangkan keterampilan gerak kedua tangan pada anak.
2. Sebagai alat untuk mengembangkan koordinasi kecepatan tangan dengan gerakan mata pada anak.
3. Sebagai alat untuk melatih penguasaan emosi pada anak.

2.3.5 Perkembangan Motorik Halus Sesuai Usia

1. Perkembangan Motorik Halus Usia *Toddler*

Perkembangan motorik halus pada usia *toddler* mengalami peningkatan dan menjadi sempurna. Pada usia ini, pandangan yang adekuat diperlukan untuk penghalusan ketrampilan motorik halus karena koordinasi antara tangan dan mata sangat penting untuk mengarahkan jari tangan, tangan, dan pergelangan tangan guna mencapai tugas otot-otot kecil (Santrock, 2007).

Ketrampilan Motorik halus yang harus dicapai pada usia toodler antara lain (Santrock, 2007):

a. Usia 12-15 bulan

- 1) Memasukkan makanan kecil (finger food) kedalam mulutnya sendiri.
- 2) Menggunakan jari telunjuk.
- 3) Anak menyusun mainan balok (2 balok ke atas) (Maryunani, 2016).
- 4) Anak juga menulis coret-coretan yang spontan (Maryunani, 2016).

b. Usia 18 bulan

- 1) Menguasai pencapaian (meraih sesuatu), menggenggam, dan melepaskan.
- 2) Menempatkan benda-benda ke dalam lubang atau celah.
- 3) Membalik halaman buku.
- 4) Melepaskan sepatu dan kaos kaki.
- 5) Anak menyusun 3 balok-4 balok ke atas (Santrock, 2007).

c. Usia 24 bulan

- 1) Membangun menara yang terdiri dari enam atau tujuh balok.
- 2) Dominan tangan kanan atau kiri.
- 3) Meniru usapan sirkular atau vertikal.
- 4) Dapat menulis secara berantakan dan mewarnai.
- 5) Memasukkan penjepit bulat ke dalam lubang

d. Usia 30 bulan (Maryunani, 2016)

- 1) Anak menyusun 8 balok ke atas.
- 2) Anak juga dapat menyalip lintasan.

e. Usia 36 bulan

- 1) Melepaskan pakaian sendiri.
- 2) menyalin atau meniru gambar lingkaran.
- 3) Membangun menara yang terdiri dari Sembilan atau sepuluh balok
- 4) Memegang pensil dalam posisi menulis.
- 5) Memasang dan membuka tutup sekrup, mur, baut.
- 6) Membalik halaman buku satu per satu.

2. Perkembangan Motorik Halus Usia Pra Sekolah

Anak usia 3 tahun dapat menggerakkan setiap jari tangannya secara bebas dan mampu memegang sendok garpu dan rayon, dan ibu jari pada satu sisi dan jari lain di sisi yang lain (Santrock, 2007). Keterampilan motorik halus pada usia pra sekolah sebagai berikut :

a. Usia 4 tahun (Maryunani, 2016) :

1. Anak dapat melepas sepatu.
2. Anak dapat membuat segi-empat.
3. Anak dapat menambahkan 3 bagian ke gambar stik.

b. Usia 5 tahun (Maryunani, 2016) :

1. Anak dapat mengikat tali sepatu.
2. Anak dapat menggunakan gunting dengan baik.
3. Anak dapat menyalin wajik dan segitiga.
4. Anak dapat menambahkan 7-9 bagian ke gambar stik.
5. Angka dapat menuliskan beberapa huruf dan angka dan nama pertamanya.

2.4 DDST (Denver Developmental Screening Test)

DDST (*Denver Developmental Screening Test*) adalah sebuah metode pengkajian yang digunakan untuk menilai perkembangan anak umur 0-6 tahun (Ardriana, 2011). Menurut Ranuh (2013), DDST yaitu DENVER II dipakai dengan menggunakan *pass-fail ratings* pada 4 ranah perkembangan, yaitu *personal-social, fine motor adaptive, language, dan gross motor* untuk anak sejak lahir sampai usia 6 tahun. Waktu yang diperlukan untuk melakukan skrining menggunakan DDST sekitar 15-20 menit untuk setiap anak (Ranuh, 2013). Interpretasi nilai per item individu, sebagai berikut (Adriana, 2011:22) :

1. Penilaian lebih/*Advance*(perkembangan anak lebih)
 - a. Apabila anak lulus pada uji coba item yang terletak disebelah kanan garis umur.
 - b. Nilai lebih diberikan jika anak dapat lulus/lewat dari item tes sebelah kanan garis umur.
 - c. Anak memiliki kelebihan karena dapat melakukan tugas perkembangan yang seharusnya dikuasai anak yang lebih tua dri umurnya.
2. Penilaian OK atau normal
 - a. Gagal/menolak tugas pada item yang ada disebelah kanan garis umur.
 - b. Lulus atau gagal atau menolak pada item di mana garis umur terletak di antara 25-75%. Jika anak lulus dianggap normal, jika gagal atau menolak juga dianggap masih normal.
 - c. Daerah putih menandakan sebanyak 25-75% anak di umur tersebut mampu (lulus) melakukan tugas tersebut.

3. Penilaian *Caution*/Peringatan
 - a. Gagal atau menolak pada item dalam garis umur yang berada di antara 75-90%.
 - b. Tulis C di sebelah kanan kotak.
4. Penilaian *Delayed*/keterlambatan
Bila gagal/menolak pada item yang berada disebelah kiri garis umur.
5. Penilaian Tidak ada Kesempatan
 - a. Pada item tes yang orang tua laporkan bahwa anak tidak ada kesempatan untuk melakukan atau mencoba di skor sebagai TaK.
 - b. Item ini tidak perlu diinterpretasikan.

Sehingga hasil atau kesimpulan Denver II terdiri atas tiga interpretasi, sebagai berikut (Sulistyawati, 2014) :

1. Normal
 - a. Bila tidak ada *Delays* (D) dan atau paling banyak satu *Caution*.
 - b. Lakukan ulangan tes pada kunjungan berikutnya.
2. *Suspect*/Diduga/Dicurigai ada keterlambatan
 - a. Bila ada dua atau lebih C dan atau satu atau lebih D
 - b. Lakukan uji ulang dalam 1-2 minggu untuk menghilangkan faktor sesaat, seperti rasa takut, keadaan sakit, dan kelelahan.
3. Tidak dapat diuji/*Untestable*
 - a. Bila ada skor menolak pada satu atau lebih komponen di sebelah kiri garis umur atau menolak lebih dari satu komponen yang ditembus garis umur pada daerah 75-90%.
 - b. Lakukan uji ulang dalam 1-2 minggu.

Formulir DDST terdiri atas 1 lembar kertas di mana halaman depan berisi tentang tes dan halaman belakang berisi tentang petunjuk pelaksanaan (Adriana, 2011).

1. Pada halaman depan terdapat skala umur dalam bulan dan tahun pada garis horizontal atas dan bawah.
 - a. Umur dimulai 0 – 6 bulan.
 - b. Pada umur 0 – 2 bulan, jarak antara 2 tanda (garis tegak kecil) adalah 1 bulan.
 - c. Setelah umur 24 bulan, jarak antara 2 tanda adalah 3 bulan.
2. Pada halaman depan kiri atas terdapat neraca umur yang menunjukkan 25%, 50%, 75% dan 90%.
3. Pada kanan bawah terdapat kotak kecil berisi tes perilaku. Tes perilaku ini dapat digunakan untuk membandingkan perilaku anak selama tes dengan perilaku sebenarnya.
4. Pada bagian tengah berisi 125 item yang digambarkan dalam neraca umur 25%, 50%, 75% dan 90% dari seluruh sampel standar anak normal yang dapat melaksanakan tugas tersebut.

2.5 Model Konsep Keperawatan

King mengidentifikasi kerangka kerja konseptual (*conceptual framework*) sebagai sebuah kerangka kerja sistem terbuka dan teori ini sebagai suatu pencapaian tujuan. King mempunyai asumsi dasar terhadap kerangka kerja konseptualnya bahwa manusia seutuhnya (human being) sebagai sistem terbuka yang secara konsisten berinteraksi dengan lingkungannya. Asumsi yang lain bahwa keperawatan berfokus pada interaksi manusia dan lingkungannya dan

tujuan keperawatan adalah untuk membantu individu dan kelompok dalam memelihara kesehatannya. Kerangka kerja konseptual terdiri atas tiga sistem interaksi yang terkenal dengan *Dynamic Interacting Systems* (Nursalam, 2016) meliputi :

1. *Personal systems* (individual)

Elemen utama dalam pencapaian tujuan adalah interpersonal systems, dimana dua orang (perawat-klien) yang tidak saling mengenal berada bersama-sama di organisasi pelayanan kesehatan untuk membantu dan dibantu dalam mempertahankan status kesehatan sesuai dengan fungsi dan perannya. Menurut King intensitas dari sistem interpersonal sangat menentukan dalam menetapkan dan mencapai tujuan keperawatan. Dalam interaksi tersebut terjadi aktivitas-aktivitas yang dijelaskan sebagai sembilan konsep utama, dimana konsep-konsep tersebut saling berhubungan dalam setiap situasi praktik keperawatan, meliputi :

- a. Interaksi, King mendefinisikan interaksi sebagai suatu proses dari persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok, individu dengan lingkungan yang dimanifestasikan sebagai perilaku verbal dan nonverbal dalam pencapaian tujuan.
- b. Persepsi diartikan sebagai gambaran seorang tentang realita, persepsi berhubungan dengan pengalaman yang lalu, konsep diri, sosial ekonomi, genetika dan latar belakang pendidikan.
- c. Komunikasi diartikan sebagai suatu proses penyampaian informasi dari seseorang kepada orang lain secara langsung maupun tidak langsung.

- d. Transaksi diartikan sebagai interaksi yang mempunyai maksud tertentu dalam pencapaian tujuan. Transaksi yang dimaksud adalah pengamatan perilaku dari interaksi manusia dengan lingkungannya.
- e. Peran merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan dari posisi pekerjaannya dalam sistem sosial. Tolak ukurnya adalah hak dan kewajiban sesuai dengan posisinya. Jika terjadi konflik dan kebingungan peran maka akan mengurangi efektivitas pelayanan keperawatan.
- f. Stress diartikan sebagai suatu keadaan dinamis yang terjadi akibat interaksi manusia dengan lingkungannya. Stress melibatkan pertukaran energi dan informasi antara manusia dengan lingkungannya untuk keseimbangan dan mengontrol stressor.
- g. Tumbuh kembang adalah perubahan yang kontinu dalam diri individu. Tumbuh kembang mencakup sel, molekul sel, molekul dan tingkat aktivitas perilaku yang kondusif untuk membantu individu mencapai kematangan.
- h. Waktu diartikan sebagai urutan dari kejadian atau peristiwa ke masa yang akan datang. Waktu adalah perputaran antara satu peristiwa dengan peristiwa yang lain sebagai pengalaman yang unik dari setiap manusia.
- i. Ruang adalah sebagai suatu hal yang ada dimana pun sama, ruang adalah area dimana terjadi interaksi antara perawat dengan klien (Fadilah, 2009).

2. *Interpersonal systems* (grup)

King mengemukakan sistem interpersonal terbentuk oleh interaksi antara manusia. Interaksi antar dua orang disebut Dyad, tiga orang disebut Triad dan empat orang disebut Group. Konsep yang relevan dengan sistem interpersonal adalah interaksi, komunikasi, transaksi, peran dan stress.

a. Interaksi

Interaksi didefinisikan sebagai tingkah laku yang dapat diobservasi oleh dua orang atau lebih di dalam hubungan timbal balik.

b. Komunikasi

Komunikasi didefinisikan sebagai proses dimana informasi yang diberikan dari satu orang ke orang lain, baik langsung maupun tidak langsung, misalnya melalui telepon, televisi, atau tulisan kata. Ciri-ciri komunikasi adalah verbal, nonverbal, situasional, perseptual, transaksional, tidak dapat diubah, bergerak maju dalam waktu, personal dan dinamis. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan maupun tertulis dalam menyampaikan ide-ide dari satu orang ke orang lain.

c. Transaksi

Ciri-ciri transaksi adalah unik, karena setiap individu mempunyai realitas personal berdasarkan persepsi mereka. Dimensi temporal-spasial, mereka mempunyai pengalaman atau rangkaian-rangkaian kejadian dalam waktu.

d. Peran

Peran melibatkan sesuatu yang timbal balik dimana seseorang pada suatu saat sebagai pemberi dan disaat yang lain sebagai penerima ada tiga elemen

utama peran yaitu peran berisi set yang diharapkan pada orang yang menduduki posisi di sistem sosial, set prosedur atau aturan yang ditentukan oleh hak dan kewajiban yang berhubungan dengan prosedur atau organisasi dan hubungan antara dua orang atau lebih interaksi untuk tujuan pada situasi khusus.

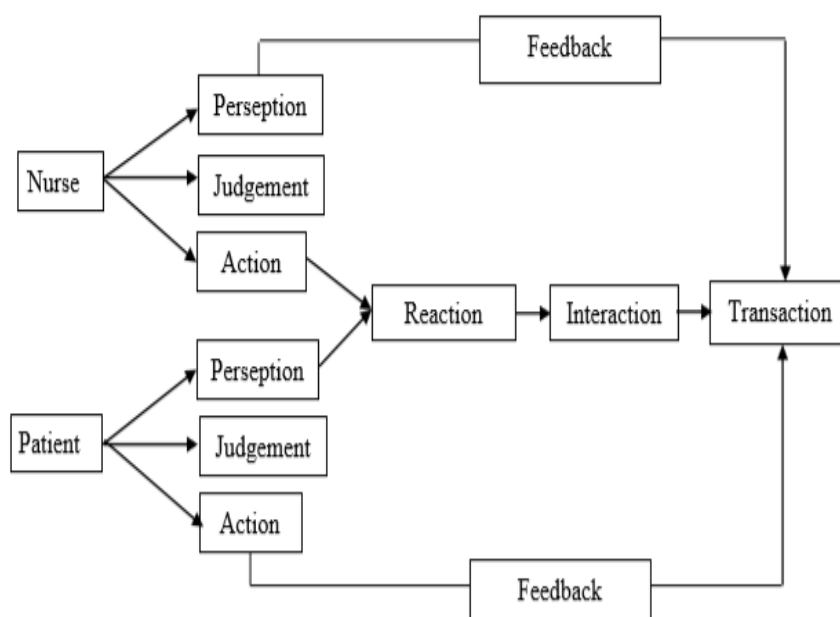
e. Stres

Definisi stres menurut King adalah suatu keadaan yang dinamis dimanapun manusia berinteraksi dengan lingkungannya untuk memelihara keseimbangan pertumbuhan, perkembangan dan perbuatan yang melibatkan pertukaran energi dan informasi antara seseorang dengan lingkungannya untuk mengatur stressor.

f. Sistem sosial

King mendefinisikan sistem sosial sebagai sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku dan praktik yang dikembangkan untuk memelihara nilai-nilai dan mekanisme pengaturan antara praktik-praktik dan aturan. Konsep yang relevan dengan sistem sosial adalah organisasi, otoritas, kekuasaan, status dan pengambilan keputusan.

3. *Social systems* (keluarga, sekolah, industri, organisasi sosial, sistem pelayanan kesehatan dan lain-lain).



Gambar 2.1 Kerangka konsep Imogene M. King

2.6 Hubungan Antar Konsep

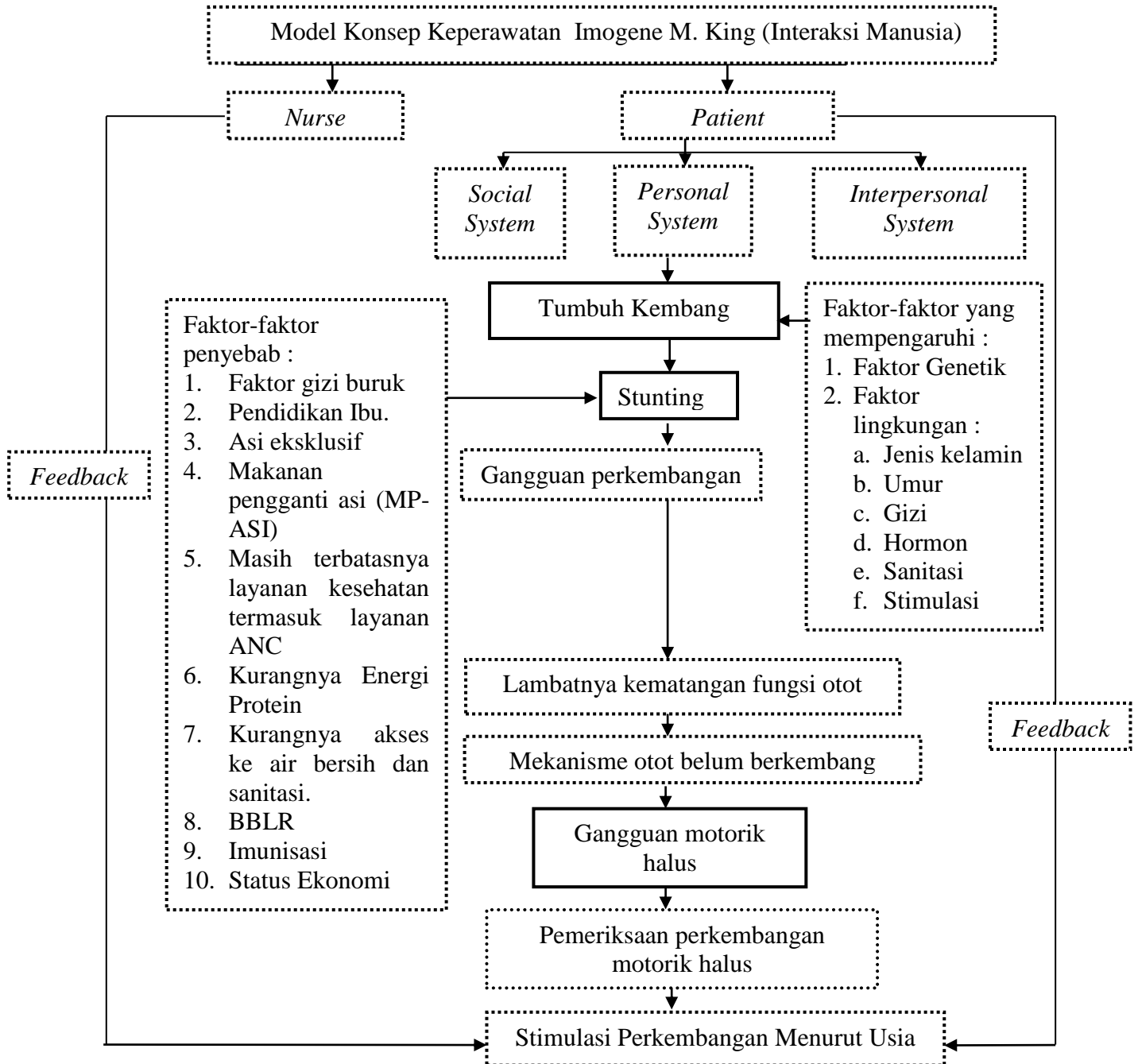
Usia balita merupakan fase kritis dalam pertumbuhan dan perkembangan seorang anak (Rahmawati, 2017). Stunting merupakan keadaan tubuh yang pendek dan sangat pendek hingga melampaui defisit -2 SD di bawah median panjang atau tinggi badan, yang mengakibatkan kegagalan dalam mencapai tinggi badan yang normal sesuai usia anak. Stunting dipengaruhi oleh berbagai macam penyebab salah satunya gizi kurang yang kronis. Pada anak yang mengalami gizi kurang secara kronis tidak hanya pertumbuhannya yang terhambat (stunting) namun juga pada perkembangannya khususnya pada perkembangan, motorik halus. Terlambatnya perkembangan motorik halus pada anak stunting dikarenakan kematangan sel saraf terutama di bagian cerebellum yang merupakan pusat koordinasi gerak motorik. Selain itu terlambatnya perkembangan motorik halus pada anak stunting disebabkan karena rendahnya kemampuan mekanik dari otot trisep akibat lambatnya kematangan fungsi otot. Dimana otot berbelang (*striped*

muscle) atau *striated muscle* yang mengendalikan gerakan sukarela berkembang dalam laju yang agak lambat. Kejadian stunting yang berlangsung lama akan mengakibatkan perkembangan motorik halus tidak dapat tercapai salah satunya yaitu memfungsikan otot-otot kecil seperti gerakan jari. Sehingga anak mengalami ketergantungan pada orang lain. Dalam teori Interaksi Manusia (Imogine M. King) mempunyai tiga sistem interaksi yaitu *personal systems*, *interpersonal systems* dan *social systems*. Dalam interpersonal sistem dijelaskan bahwa komunikasi antar individu atau komunikasi anak dengan orang tua termasuk salah satu faktor yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang seorang anak.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

 Tidak diteliti
 Diteliti
 → Hubungan

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak *Toddler* Di Wilayah Pesisir Surabaya

3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara derajat stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus anak *toddler* stunting di Wilayah Pesisir Surabaya.

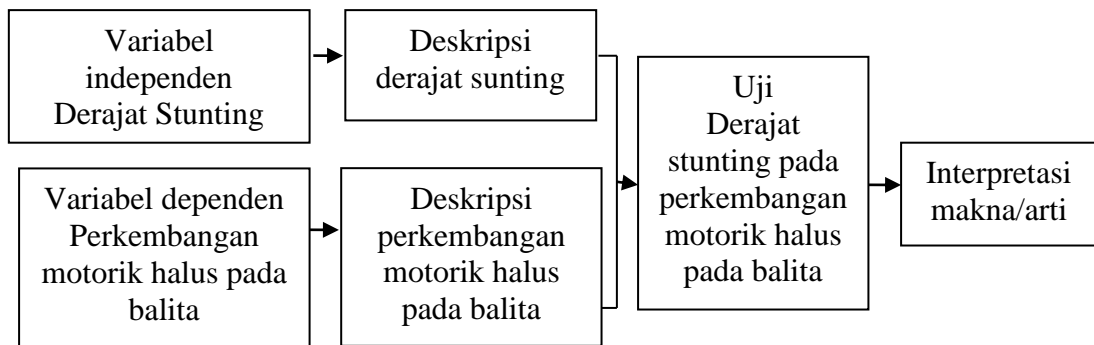
BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang metode yang akan digunakan dalam penelitian meliputi: Desain Penelitian, Kerangka Kerja, Variabel Penelitian, Definisi Operasional, Sampling Desain, Waktu dan Tempat Penelitian, Pengumpulan Data dan Analisis Data, Etika Penelitian.

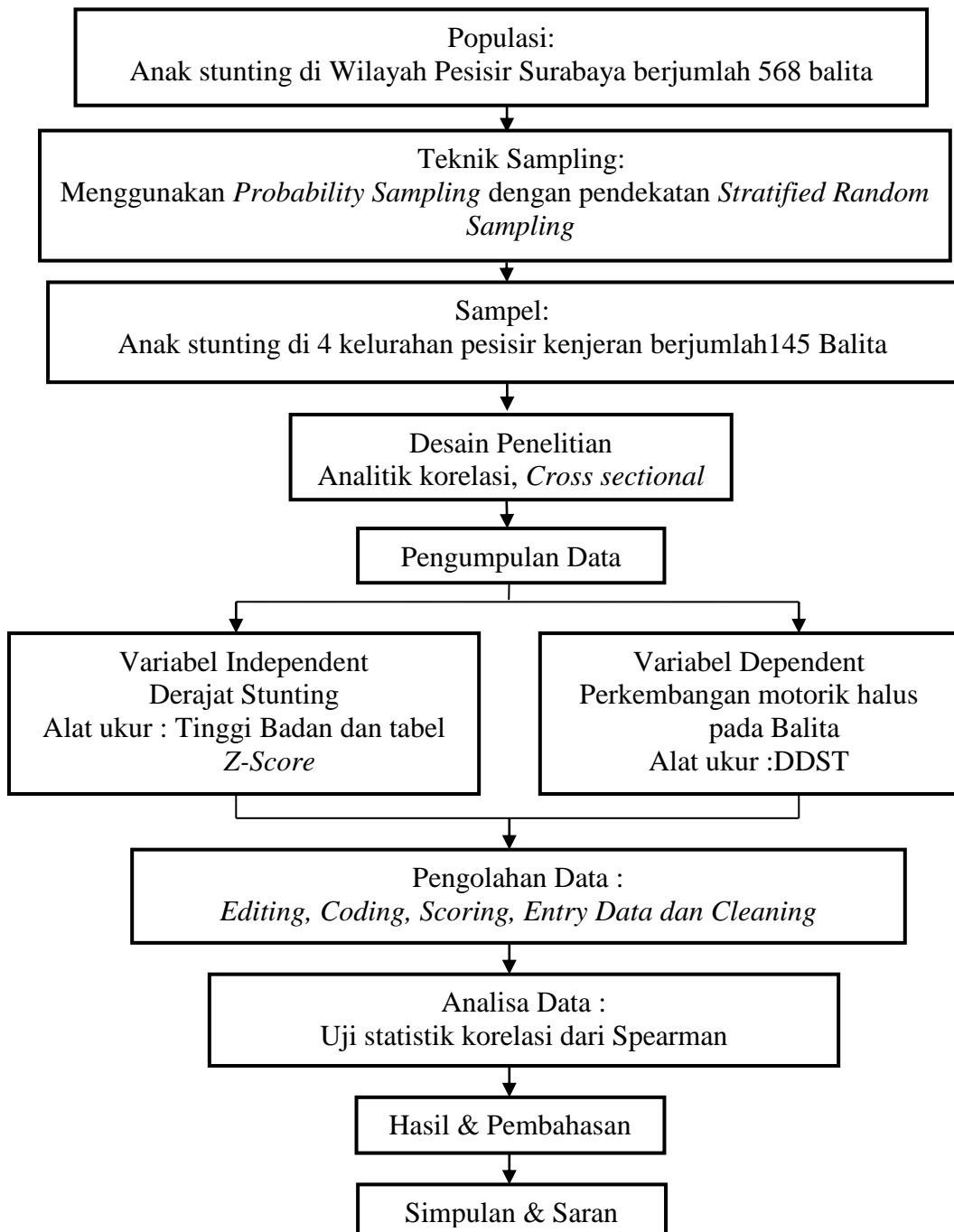
4.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah rancangan penelitian *analitik korelasi* dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian *cross-sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada saat itu (Nursalam, 2013).



Gambar 4.1 Bagan Rancangan penelitian *cross-sectional*

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak *Toddler* Di Wilayah Pesisir Surabaya.

4.3 Waktu Dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 1-30 April 2018 di Wilayah Pesisir Surabaya. Di Wilayah Pesisir Surabaya angka kejadian stunting mengalami peningkatan, selain itu faktor kejadian stunting di wilayah tersebut banyak terjadi baik pada anak maupun ibu.

4.4 Populasi, Sampel, dan Sampling Desain

4.4.1 Populasi Penelitian

Menurut Burns and Grove (2010) dalam Sawajana, I ketut (2016:9) menyebutkan populasi merupakan kumpulan semua individu atau objek yang dipertimbangkan dalam studi statistik. Sedangkan menurut Nursalam (2013) populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang ditetapkan contohnya : manusia atau klien. Populasi dalam penelitian ini adalah Anak stunting di Wilayah Pesisir Surabaya berjumlah 568 balita stunting pada 4 Kelurahan antara lain Kelurahan Kenjeran berjumlah 61 balita, Kelurahan Bulak berjumlah 279 balita, Kelurahan Kedung Cowek berjumlah 114 balita, dan Kelurahan Sukolilo berjumlah 114 balita.

4.4.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih secara random atau non random sekaligus dapat digunakan untuk menggambarkan keadaan populasi (Swarjana, I Ketut, 2016:11). Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui teknik sampling (Nursalam, 2013:171). Sampel pada penelitian ini adalah sebagian anak *toddler* stunting di Wilayah Pesisir Surabaya dibagi 4 Kelurahan antara lain Kelurahan Kenjeran berjumlah 16 balita, Kelurahan Bulak berjumlah 71 balita, Kelurahan Kedung

Cowek berjumlah 29 balita, dan Kelurahan Sukolilo berjumlah 29 balita yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2013). Sehingga dalam penelitian ini peneliti menyimpulkan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Anak balita stunting dengan nilai z score tinggi badan per usia
- b. Anak balita stunting umur 1-3 tahun
- c. Balita stunting yang mengalami perkembangan motorik halus

2. Kriteria Eksklusi.

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2013). Sehingga dalam penelitian ini dapat disimpulkan kriteria eksklusi sebagai berikut :

- 1) Anak *toddler* dengan gangguan motorik halus karena penyakit lain seperti down syndrom
- 2) Orang Tua yang tidak menyetujui sebagai responden
- 3) Anak *toddler* stunting yang menolak tugas perkembangan pada saat dilakukan pemeriksaan.

4.4.3 Besar Sampel

Besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 145 Balitastunting yang telah dihitung melalui rumus perhitungan besar sampel (J. Supranto, 2007).

$$\sum_{i=1}^L N_i \sigma_i^2 = N_1 \sigma_1^2 + N_2 \sigma_2^2 + N_3 \sigma_3^2 + N_4 \sigma_4^2$$

Keterangan :

L : Jumlah seluruh strata yang ada

N_i : banyaknya elemen dari stratum ke i

σ_i : harga varians stratum ke i

$$\begin{aligned}\sum_{i=1}^4 N_i \sigma_i^2 &= N_1 \sigma_1 + N_2 \sigma_2 + N_3 \sigma_3 + N_4 \sigma_4 \\ &= 61 (0,0576) + 279 (0,16) + 114 (0,09) + 114 (0,09) \\ &= 3,5136 + 44,64 + 10,26 + 10,26 \\ &= 68,6736 \\ &= 68,7\end{aligned}$$

$$\sum_{i=1}^L \frac{N_i^2 \sigma_i^2}{W_i} = \frac{N_1^2 \sigma_1^2}{W_1} + \frac{N_2^2 \sigma_2^2}{W_2} + \frac{N_3^2 \sigma_3^2}{W_3} + \frac{N_4^2 \sigma_4^2}{W_4}$$

Keterangan :

L : Jumlah seluruh strata yang ada

N_i : Banyaknya elemen dari stratum ke i

σ_i : Harga varians stratum ke i

W_i : Fraksi observasi yang dialokasikan pada strata i

$$\begin{aligned}\sum_{i=1}^4 \frac{N_i^2 \sigma_i^2}{W_i} &= \frac{N_1^2 \sigma_1^2}{W_1} + \frac{N_2^2 \sigma_2^2}{W_2} + \frac{N_3^2 \sigma_3^2}{W_3} + \frac{N_4^2 \sigma_4^2}{W_4} \\ \sum_{i=1}^4 \frac{N_i^2 \sigma_i^2}{W_i} &= \frac{61^2 \cdot 6}{3,5} + \frac{279^2 \cdot 2}{55,8} + \frac{114^2 \cdot 1}{11,4} + \frac{114^2 \cdot 1}{11,4} \\ &= 3,5136 + 44,64 + 10,26 + 10,26 \\ &= 68,6736 \\ &= 68,7\end{aligned}$$

$$\sum_{i=1}^L \frac{N_i^2 \sigma_i^2}{W_i} = N^2 D + \sum_{i=1}^L N_i \sigma_i^2$$

Keterangan :

N : Banyaknya elemen (sampling unit dari populasi yang rogin

N_i : Banyaknya elemen dari stratum ke i

σ_i : Harga varians stratum ke i

W_i : Fraksi observasi yang dialokasi pada strata i

L : Jumlah seluruh strata yang ada

$$\sum_{i=1}^4 \frac{N_i^2 \sigma_i^2}{W_i} = N^2 D + \sum_{i=1}^4 N_i \sigma_i^2$$

$$11448,9 = N^2 D + 68,7$$

$$11448,9 - 68,7 = N^2 D$$

$$N^2 D = \frac{11380,2}{1000}$$

$$= 11,2802$$

$$= 11$$

$$n = \frac{\sum_{i=1}^4 \frac{N_i^2 \sigma_i^2}{W_i}}{N^2 D + \sum_{i=1}^4 N_i \sigma_i^2}$$

Keterangan :

n : banyaknya sampel

N : Banyaknya elemen (sampling unit dari populasi yang rogin

N_i : Banyaknya elemen dari stratum ke i

σ_i : Harga varians stratum ke i

W_i : Fraksi observasi yang dialokasi pada strata i

L : Jumlah seluruh strata yang ada

$$n = \frac{\sum_{i=1}^4 \frac{N_i^2 \sigma_i^2}{W_i}}{N^2 D + \sum_{i=1}^4 N_i \sigma_i^2}$$

$$= \frac{11448,9}{11 + 68,7}$$

$$= \frac{11448,9}{79,7}$$

$$= 145$$

Jadi, besar sampel pada penelitian ini adalah 145 responden

Perhitungan sampel penelitian masing-masing kelurahan

$$n = \frac{N_i}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel masing-masing kelurahan

N_i = Jumlah Populasi

N = Populasi besar

Perhitungan sampel Penelitian sebagai berikut :

1. Perhitungan sampel kelurahan Kenjeran

$$n = \frac{N_i}{N} \times 100\%$$

$$= \frac{61}{568} \times 100\%$$

$$= 10,8\%$$

$$n = 10,8\% \times 145$$

$$= 16$$

2. Perhitungan sampel kelurahan Bulak

$$n = \frac{N_i}{N} \times 100\%$$

$$= \frac{279}{568} \times 100\%$$

$$= 49,2\%$$

$$n = 49,2\% \times 145$$

$$= 71$$

3. Perhitungan sampel kelurahan Kedung Cowek

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N_i}{N} \times 100\% \\
 &= \frac{114}{568} \times 100\% \\
 &= 20\% \\
 n &= 20\% \times 145 \\
 &= 29
 \end{aligned}$$

4. Perhitungan sampel Kelurahan Sukolilo

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N_i}{N} \times 100\% \\
 &= \frac{114}{568} \times 100\% \\
 &= 20\% \\
 n &= 20\% \times 145 \\
 &= 29
 \end{aligned}$$

Jadi, besar sampel pada penelitian ini di Kelurahan Kenjeran 16 responden, di Kelurahan Bulak 71 responden, di kelurahan Kedung cowek 29 responden dan di Kelurahan Sukolilo 29 responden.

4.4.4 Teknik Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2013). Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *Probability Sampling* dengan menggunakan *Stratified Random Sampling*. Pesisir Kenjeran terbagi menjadi empat wilayah/strata, wilayah kelurahan Kenjeran, kelurahan Bulak, kelurahan Kedung Cowek dan kelurahan Sukolilo. Masing-masing strata yang dipilih sebagai sampel dapat mewakili populasi dari setiap variabel.

4.5 Identifikasi Variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yaitu variabel bebas (*Independent*) dan variabel terikat (*dependent*.)

4.5.1 Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas (*Independent*) yaitu variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lainnya, biasanya variabel *independent* merupakan kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti sehingga dapat menciptakan dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2013). Variabel bebas pada penelitian ini adalah derajat stunting di Wilayah Pesisir Surabaya.

4.5.2 Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat (*Dependent*) faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2013). Variabel terikat pada penelitian ini adalah gangguan perkembangan motorik halus anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga dapat mempermudah pembaca dalam mengartikan makna dari penelitian (Setiadi, 2013:122). Definisi operasional dirumuskan untuk kepentingan akurasi, komunikasi dan replikasi (Nursalam, 2013).

Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak *Toddler* Di Wilayah Pesisir Surabaya

No	Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	Derajat Stunting	ukuran status gizi berdasarkan indeks Tinggi Badan (TB) menurut Umur (U),	Tinggi badan (TB)/Usia (U)	1. Antropometri 2. Tabel z-score	Ordinal	1. <i>Mild</i> Stunting ($-2SD \leq z\text{-score} < -2SD$) 2. <i>Moderate</i> Stunting ($-3SD \leq z\text{-score} < -2SD$) 3. <i>Severe</i> Stunting ($z\text{-score} < -3SD$)
2.	Perkembangan motorik halus anak stunting	Suatu tahapan perkembangan motorik halus pada anak stunting	9 tugas perkembangan di usia 1-3 tahun antara lain : 1. Menaruh kubus di cangkir 2. Mencoret-coret 3. Ambil manik-manik ditunjukkan 4. Menara 2 kubus 5. Menara 4 kubus 6. Menara 6 kubus 7. Menirugaris vertikal 8. Menara 8 kubus 9. Menggoyangkan ibu jari	DDST	Ordinal	1. Normal 2. <i>Suspect/Diduga/Dicurigai</i> ada keterlambatan 3. Tidak dapat diuji/ <i>Untestable</i>

4.7 Pengumpulan, Pengelolaan, dan Analisis Data

4.7.1 Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini terdapat tiga instrument yaitu lembar DDST (*Denver Developmental Screening Test*), lembar kuisisioner hubungan antara derajat stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus anak toodler di Wilayah Pesisir Surabaya, lembar observasi.

a. Lembar Demografi

Lembar demografi hubungan antara derajat stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya digunakan untuk mengetahui faktor yang menyebabkan stunting pada anak. Pada lembar tersebut berisi mengenai data demografi anak yang meliputi identitas anak *toddler*, karakteristik orang tua dan rumah tangga, penimbangan, ASI (gizi), imunisasi, status dan pelayanan kesehatan, dan status ekonomi.

b. Lembar Observasi

Lembar observasi meliputi nomer responden, tinggi badan, berat badan, status stunting dan hasil pemeriksaan DDST yang telah dilakukan oleh peneliti pada anak usia *toddler*. Status stunting pada lembar observasi akan diisi dengan derajat stunting meliputi *mild* stunting, *moderate* stunting dan *severe* stunting. Pengukuran tinggi badan anak *toddler* menggunakan alat ukur antropometri, sedangkan untuk menentukan derajat stunting dengan menggunakan tabel *z-score* menurut keputusan menteri kesehatan RI 2010.

c. Lembar DDST (*Denver Developmental Screening Test*).

Pada lembar DDST dilakukan penilaian perkembangan motorik halus pada anak toodler yaitu usia 1-3 tahun sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan. Terdapat 9 tugas perkembangan motorik halus yang di amati oleh peneliti yaitu menaruh kubus di cangkir, mencoret-coret, ambil manik-manik ditunjukkan, menara 2 kubus, menara 4 kubus, menara 6 kubus, meniru garis vertical, menara 8 kubus dan menggoyangkan ibu jari. Masing-masing dari tugas perkembangan motorik halus dilakukan penilaian seperti *advance*, *normal*, *caution*, *delayed* dan *no opportunity*. Setelah dilakukan penilain per tugas perkembangan motorik halus, peneliti menyimpulkan hasil observasi yang telah dilakukan. Kesimpulan dari hasil observasi dan penilaian per tugas perkembangan motorik halus, sebagai berikut :

1) Normal

Kesimpulan normal diberikan apabila pada saat anak *toodler* melakukan tugas perkembangan tidak ada *Delays* (D) dan atau paling banyak satu *Caution*.

2) *Suspect/Diduga/Dicurigai* ada keterlambatan

Pada kesimpulan *Suspect/Diduga/Dicurigai* ada keterlambatan apabila ada dua atau lebih C dan atau satu atau lebih D

3) Tidak dapat diuji/*Untestable*

2. **Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data**

Peneliti menyiapkan berkas surat perijinan dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya untuk pengambilan data di wilayah Pesisir Surabaya dengan surat ijin ditujukan dan di berikan kepada Bakesbangpol Linmas Kota Surabaya. Kemudian perijinan pengambilan data penelitian kepada wilayah

Pesisir Surabaya dengan surat ijin dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Setelah mendapat balasan surat diijinkan pengambilan data dari puskesmas Kenjeran Surabaya, maka peneliti mendata anak stunting yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti. Kemudian peneliti mendatangi rumah anak stunting untuk meminta persetujuan orang tua anak stunting untuk dijadikan responden penelitian serta menjelaskan tujuan dari penelitian yang dilakukan, orang tua dan anak stunting bersedia menjadi responden dilakukan pemeriksaan perkembangan motorik halus sesuai dengan tugas perkembangan menurut usia. Waktu pengambilan data penelitian \pm 6 minggu.

4.7.2 Analisis Data

1. Pengolahan Data

Lembar pemeriksaan DDST (*Denver Developmental Screening Test*) yang telah terkumpul diteliti kembali dan diberi kode responden. Variabel kemudian diolah dengan tahap sebagai berikut:

a. Memeriksa data (*editing*)

Daftar pemeriksaan yang telah selesai selesai kemudian diperiksa yaitu dengan memeriksa kelengkapan pemeriksaan.

b. Memberi tanda kode (*coding*)

Hasil pemeriksaan yang telah diperoleh diklasifikasikan ke dalam kategori yang telah ditentukan dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing variabel.

c. Menentukan nilai (*scoring*)

Penilaian perkembangan motorik halus terbagi tiga kategori normal, *Suspect/Diduga/Dicurigai* ada keterlambatan dan tidak dapat diuji/*Untestable*.

d. *Entry* data

Hasil pemeriksaan yang sudah diberikan kode kategori kemudian dimasukkan dalam tabel dengan cara menghitung frekuensi data, dan tersebut telah dikelompokkan dan diolah dalam sebuah tabel.

e. *Cleaning*

Data diteliti kembali agar pada pelaksanaan analisa data bebas dari kesalahan.

2. Analisis Statistik

Pada penelitian ini variabel pertama menggunakan skala ordinal dan variabel kedua menggunakan skala ordinal sehingga digunakan uji statistik dengan Uji statistik *Korelasi dari Spearman Rho* yang dilakukan dengan teknik komputersasi menggunakan *Software* komputer. Taraf signifikan yang digunakan adalah 0,05 yang artinya jika $\rho < 0,05$ berarti hipotesa diterima yang artinya ada hubungan derajat stunting dengan perkembangan motorik halus pada balita stunting di Wilayah Pesisirs Surabaya.

4.8 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat rekomendasi dari Stikes Hang Tuah Surabaya dan izin dari Kepala Puskesmas Kenjeran Surabaya.

1. Lembar persetujuan penelitian (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan sebagai sampel akan diberikan sebelum penelitian dilaksanakan kepada orang tua yang memiliki anak stunting di Pesisir Kenjeran Surabaya yang akan diteliti agar responden. Jika subjek bersedia diteliti maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika subjek menolak diteliti maka peneliti harus menghargai hak-hak sampel.

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Sampel tidak mencantumkan nama pada lembaran pengumpulan data, peneliti cukup menuliskan kode pada lembar pertanyaan untuk menjaga kerahasiaan.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari sampel dijaga kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data tentang hubungan antara derajat stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

5.1 Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 11-31 Mei 2018 dan didapatkan 145 responden. Pada bagian hasil diuraikan data tentang gambaran umum tempat penelitian, data umum dan data khusus. Data umum adalah penelitian ini karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin anak *toddler*, kedua orang tua anak *toddler* yang masih hidup, anak *toddler* yang tinggal bersama orang tua, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, berat badan lahir anak *toddler*, ASI, pemberian MP-ASI, imunisasi, pemeriksaan ANC pada saat ibu hamil, penyulit ANC saat hamil, penyakit infeksi yang dialami anak, sanitasi, sumber air bersih dan penghasilan keluarga. Sedangkan data khusus meliputi derajat stunting dan perkembangan motorik halus anak *toddler*.

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kenjeran Surabaya. Puskesmas Kenjeran Surabaya mempunyai 4 Kelurahan yaitu Kelurahan Kenjeran, Kelurahan Sukolilo, Kelurahan Bulak dan Kelurahan Kedung Cowek. Penelitian ini dilakukan dengan cara pengambilan data di posyandu dan *door to door*. Jumlah anak *toddler* yang mengalami stunting di Puskesmas Kenjeran sebanyak 145 balita yang di bagi 4 Kelurahan yaitu Kelurahan Kenjeran balita stunting sebanyak 16, Kelurahan Bulak sebanyak 71 balita stunting, Kelurahan Kedung

Cowek sebanyak 29 balita stunting dan di Kelurahan Sukolilo sebanyak 29 balita stunting.

Puskesmas Kenjeran terletak di wilayah Kecamatan Bulak. Mempunyai luas wilayah kerja 374.808 Ha. Batas-batas wilayah Puskesmas Kenjeran Surabaya adalah sebagai berikut :

Sebelah Utara : Selat Madura
 Sebelah Selatan : Wilayah Puskesmas Mulyorejo
 Sebelah Barat : Wilayah Puskesmas Tanah Kali Kedinding
 Sebelah Timur : Selat Madura

Puskesmas Kenjeran yang beralamat di Jl. Tambak Deres No. 2 dan bertipe Puskesmas Biasa (non perawatan). Data sarana dan prasarana kesehatan di Puskesmas Kenjeran sebagai berikut :

Tabel 5.1 Data sarana dan prasarana kesehatan di Puskesmas Kenjeran Surabaya

No	Sarana dan prasarana kesehatan	Jumlah
1.	Puskesmas pembantu	2
2.	Puskesmas keliling	10
3.	Laboratorium	2
4.	Poli klinik	7
5.	Dokter umum	3
6.	Dokter gigi	3
7.	Bidan	8
8.	Perawat	5
9.	Gizi	1
10.	Apoteker	1
11.	Analisis kesehatan	1
12.	Posyandu	30

Adapun Visi Puskesmas Kenjeran Surabaya adalah mewujudkan Puskesmas yang berkualitas menuju kecamatan sehat. Sedangkan Misi Puskesmas Kenjeran Surabaya adalah memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas pada

pelanggan Puskesmas, meningkatkan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan, meningkatkan sistem manajemen mutu.

Puskesmas Kenjeran memiliki 30 posyandu yang tersebar dan terbagi dalam 4 kelurahan. Posyandu dilaksanakan pada setiap awal bulan yaitu minggu pertama dan kedua. Berdasarkan hasil pengamatan di tempat penelitian didapatkan bahwa terdapat 5 sampai 6 anggota kader yang berada dalam satu posyandu. Kegiatan yang dilakukan oleh kader meliputi penimbangan berat badan anak, pengukuran tinggi badan anak, pembagian makanan seperti sayur dan buah-buahan dan membantu tenaga kesehatan dari puskesmas untuk melakukan imunisasi pada anak. Fasilitas poli tumbuh kembang atau pojok tumbuh kembang tidak ditemukan di puskesmas. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan beberapa penyuluhan kesehatan dari tenaga kesehatan puskesmas kepada kader yaitu mengenai gizi dan penyakit. Penjelasan mengenai tumbuh kembang anak, kejadian stunting, dan stimulasi perkembangan anak dari orang tua kepada anak tidak didapatkan oleh kader. Ketersediaan sarana pendidikan PAUD memadai untuk anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

5.1.2 Gambaran Umum Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah anak *toddler* usia 1-3 tahun yang mengalami stunting berada di wilayah Puskesmas Kenjeran Surabaya dan terdaftar dalam Kelurahan Bulak, Kelurahan Kedung Cowek, Kelurahan Sukolilo dan Kelurahan Kenjeran. Jumlah keseluruhan subjek penelitian adalah 145 anak *toddler* yang mengalami stunting.

5.1.3 Data Umum Hasil Penelitian

Data umum hasil penelitian merupakan gambaran tentang karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin anak *toddler*, kedua orang tua anak *toddler* yang masih hidup, anak *toddler* yang tinggal bersama orang tua, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, berat badan lahir anak *toddler*, ASI, pemberian MP-ASI, imunisasi, pemeriksaan ANC pada saat ibu hamil, penyulit ANC saat hamil, penyakit infeksi yang dialami anak, sanitasi, sumber air bersih dan penghasilan keluarga.

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Anak *Toddler* Stunting

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Anak *Toddler* Stunting di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
laki-laki	81	55.9
Perempuan	64	44.1
Total	145	100.0

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan data bahwa 145 anak *toddler* yang mengalami stunting di Wilayah Pesisir Surabaya terdiri dari anak *toddler* berjenis kelamin laki-laki sebanyak 81 anak (55,9%) dan anak *toddler* berjenis kelamin perempuan sebanyak 64 anak (44,1%).

2. Karakteristik Pendidikan Orang Tua

Tabel 5.3 Karakteristik Pendidikan Ayah Yang memiliki Anak Stunting Usia *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Pendidikan Ayah	Frekuensi (F)	Prosentase (%)
SD tidak tamat	4	2.8
SD tamat	15	10.3
SLTP tidak tamat	3	2.1
SLTP tamat	25	17.2
SLTA tamat	90	62.1
PT tamat	8	5.5
Total	145	100.0

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan bahwa 145 ayah yang memiliki anak stunting usia *toddler* sebagian besar berpendidikan SLTA Tamat yaitu sebanyak 90 orang (62,1%), Ayah dengan pendidikan SLTP Tamat sebanyak 25 orang (17,2%), sebanyak 15 orang (10,3%) ayah dengan pendidikan SD Tamat, Ayah dengan pendidikan perguruan tinggi tamat sebanyak 8 orang (5,5%), Ayah dengan pendidikan SD tidak tamat sebanyak 4 orang (2,8%) dan Ayah yang memiliki anak stunting usia *toddler* berpendidikan SLTP tidak tamat sebanyak 3 orang (2,1%).

Tabel 5.4 Karakteristik Pendidikan Ibu Yang memiliki Anak Stunting Usia *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Pendidikan Ibu	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
SD tamat	17	11.7
SLTP tidak tamat	4	2.8
SLTP tamat	32	22.1
SLTA tidak tamat	1	.7
SLTA tamat	81	55.9
PT tamat	10	6.9
Total	145	100.0

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan bahwa sebagian besar ibu yang memiliki anak stunting usia *toddler* dengan pendidikan SLTA Tamat sebanyak 81 orang

(55,9%), berpendidikan SLTP Tamat sebanyak 32 orang (22,1%), berpendidikan SD Tamat sebanyak 17 orang (11,7%), sedangkan ibu dengan pendidikan terakhir perguruan tinggi tamat sebanyak 10 orang (6,9%), sebanyak 4 orang (2,8%) merupakan ibu dengan pendidikan SLTP tidak tamat dan pendidikan SLTA tidak tamat sebanyak 1 orang (0,7%).

3. Karakteristik Pekerjaan Orang Tua

Tabel 5.5 Karakteristik Pekerjaan Ayah Yang Memiliki Anak Stunting Usia *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Pekerjaan Ayah	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
tidak bekerja	5	3.4
PNS/TNI/POLRI	2	1.4
Pedagang	27	18.6
Jual Jasa dll	111	76.6
Total	145	100.0

Berdasarkan tabel 5.5 didapatkan data bahwa dari 145 orang hampir seluruhnya bekerja sebagai jual jasa dll sebanyak 111 orang (76,6%), ayah yang bekerja sebagai pedagang sebanyak 27 orang (18,6%), sedangkan 5 orang (3,4%) merupakan ayah yang tidak bekerja dan yang bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI sebanyak 2 orang (1,4%).

Tabel 5.6 Karakteristik Pekerjaan Ibu Yang Memiliki Anak Stunting Usia *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Pekerjaan Ibu	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
tidak bekerja	113	77.9
PNS/TNI/POLRI	3	2.1
Pedagang	10	6.9
Jual Jasa dll	19	13.1
Total	145	100.0

Tabel 5.6 didapatkan data bahwa 145 ibu yang memiliki anak stunting usia *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya hampir seluruhnya tidak bekerja sebanyak

113 orang (77,9%), ibu yang bekerja sebagai jual jasa dll sebanyak 19 orang (13,1%), sedangkan 10 orang (6,9%) diketahui ibu bekerja sebagai pedagang dan sebagian kecil dari 145 orang ibu bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI sebanyak 3 orang (2,1%).

4. Karakteristik Riwayat Berat Badan Lahir Anak

Tabel 5.7 Karakteristik Riwayat Berat Badan Lahir Anak Stunting Usia *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Berat Badan Lahir	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Normal (>2500gr)	140	96.6
Rendah (<2500gr)	5	3.4
Total	145	100.0

Tabel 5.7 didapatkan data 145 anak stunting usia *toddler* hampir seluruhnya memiliki riwayat berat badan normal atau berat badan lahir >2500 gr sebanyak 140 anak (96,6%) dan sebagian kecil 5 memiliki riwayat berat badan lahir rendah atau berat badan <2500 gr sebanyak anak (3,4%).

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Pernah Mendapatkan ASI

Tabel 5.8 Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Pernah Mendapatkan ASI di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Riwayat Anak Pernah Mendapatkan ASI	Frekuensi (F)	Prosentase (%)
Ya	121	83.4
Tidak	24	16.6
Total	145	100.0

Tabel 5.8 didapatkan data dari 145 anak stunting usia *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya hampir seluruhnya anak pernah mendapatkan ASI sebanyak 121 anak (83,4%) dan sebanyak 24 anak (16,6%) anak stunting usia *toddler* tidak pernah mendapatkan ASI.

6. Karakteristik Responden Yang Masih Mendapatkan ASI

Tabel 5.9 Karakteristik Responden Yang Masih Mendapatkan ASI Sampai Saat ini di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Anak Stunting Usia <i>Toodler</i> Yang Masih mendapatkan ASI Sampai saat ini	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Ya	3	2.1
Tidak	142	97.9
Total	145	100.0

Tabel 5.9 didapatkan data anak stunting usia *toddler* yang sudah tidak mendapatkan ASI sebanyak 142 anak (97,9%) sedangkan yang masih mendapatkan ASI sampai saat ini sebanyak 3 anak (2,1%).

7. Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Usia Berhenti ASI Pada Anak Stunting Usia *Toddler*Tabel 5.10 Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Usia Berhenti ASI Pada Anak Stunting Usia *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Riwayat Usia Berhenti ASI	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
<6 bulan	41	28.3
>6 bulan	61	42.1
= 6 bulan	43	29.7
Total	145	100.0

Tabel 5.10 didapatkan data 145 anak stunting usia *toddler* hampir setengahnya berhenti ASI pada usia >6 bulan sebanyak 61 anak (42,1%), anak stunting usia *toddler* berhenti ASI pada usia =6 bulan sebanyak 43 anak (29,7%) dan sebanyak 41 anak (28,3%) anak stunting usia *toddler* berhenti ASI pada usia <6 bulan.

8. Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Usia Pemberian Minuman Selain ASI

Tabel 5.11 Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Usia Pemberian Minuman Selain ASI di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Usia Pemberian Minuman Selain ASI	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
<6 bulan	34	23.4
>6 bulan	111	76.6
Total	145	100.0

Tabel 5.11 didapatkan data anak stunting usia *toddler* pada usia >6 diberikan minuman selain ASI sebanyak 111 anak (76,6%) sedangkan pemberian minuman selain ASI pada usia <6 bulan sebanyak 34 anak (23,4%).

9. Karakteristik Responden Berdasarkan Pemberian Makanan/Minuman Seperti Susu Formula, Biskuit, dll

Tabel 5.12 Karakteristik Responden Berdasarkan Pemberian Makanan/Minuman Seperti Susu Formula, Biskuit, dll di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Pemberian Makanan/Minuman Seperti Susu Formula, Biskuit, dll	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Ya	141	97.2
Tidak	4	2.8
Total	145	100.0

Tabel 5.12 didapatkan data bahwa anak stunting usia *toddler* telah diberikan makanan/minuman seperti susu formula, biskuit, dll sebanyak 141 anak (97,2%) dan pada anak stunting usia *toddler* tidak diberikan makanan/minuman seperti susu formula, biskuit, dll sebanyak 4 anak (2,8%).

10. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Pertama Kali MPASI

Tabel 5.13 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Pertama Kali MPASI di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Usia Pertama Kali MPASI	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
<6 bulan	13	9.0
>6 bulan	132	91.0
Total	145	100.0

Tabel 5.13 didapatkan data bahwa dari 145 anak stunting usia *toddler* hampir seluruhnya pada saat MPASI pertama kali dimulai usia >6 bulan sebanyak 132 anak (91%) sedangkan sebanyak 13 anak (9%) MPASI pertama kali dimulai saat usia <6 bulan.

11. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Makanan Yang Diberikan

Tabel 5.14 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Makanan Yang Diberikan Pada Anak Stunting Usia *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Jenis Makanan Yang Diberikan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
bubur nasi	74	51.0
bubur susu	42	29.0
Cerelaks	2	1.4
Biskuit	19	13.1
dan lain-lain	8	5.5
Total	145	100.0

Tabel 5.14 Didapatkan data dari 145 anak sebagian besar diberikan jenis makanan bubur nasi sebanyak 74 anak (51%), jenis makanan bubur susu sebanyak 42 anak (29%), sedangkan sebanyak 19 anak (13,1%) anak diberikan jenis makanan biskuit, pemberian jenis makanan selain bubur nasi, bubur susu dll pada anak stunting usia *toddler* sebanyak 8 anak (5,5%) dan pemberian cerelaks pada anak stunting usia *toddler* sebanyak 2 anak (1,4%).

12. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Imunisasi

Tabel 5.15 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Imunisasi Pada Anak Stunting Usia *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Status Imunisasi	Frekuensi (F)	Prosentase (%)
Lengkap	120	82.8
tidak lengkap	25	17.2
Total	145	100.0

Tabel 5.15 didapatkan data dari 145 anak stunting dengan usia *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya hampir seluruhnya status imunisasi lengkap sebanyak 120 anak (82,8%) sedangkan anak stunting usia *toddler* dengan status imunisasi tidak lengkap sebanyak 25 anak (17,2%).

13. Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Pemeriksaan ANC Pada Ibu Hamil

Tabel 5.16 Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Pemeriksaan ANC Pada Ibu Hamil di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Riwayat Pemeriksaan ANC Pada Ibu Hamil	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Rutin	142	97.9
Jarang	3	2.1
Total	145	100.0

Tabel 5.16 didapatkan data dari 145 ibu di Wilayah Pesisir Surabaya hampir seluruhnya pada saat hamil melakukan pemeriksaan ANC secara rutin sebanyak 142 orang (97,9%), sedangkan sebanyak 3 orang (2,1%) ibu di Wilayah Pesisir Surabaya pada saat hamil jarang melakukan pemeriksaan ANC.

14. Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Penyulit ANC Pada Ibu Hamil

Tabel 5.17 Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Penyulit ANC Pada Ibu Hamil di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Riwayat Penyulit ANC Pada Ibu Hamil	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Ada	27	18.6
tidak ada	118	81.4
Total	145	100.0

Tabel 5.17 didapatkan data dari 145 ibu yang memiliki anak stunting usia *toddler* hampir seluruhnya tidak mengalami riwayat penyulit ANC sebanyak 118 orang (81,4%) sedangkan riwayat penyulit ANC pada saat hamil dialami oleh ibu sebanyak 27 orang (18,6%).

15. Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Infeksi Yang dialami Anak *Toddler*

Tabel 5.18 Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Infeksi Diare 6 bulan terakhir Pada Anak Stunting Usia *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Penyakit Infeksi Diare	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Ya	42	29.0
Tidak	103	71.0
Total	145	100.0

Tabel 5.18 didapatkan hasil dari 145 anak stunting usia *toddler* sebagian besar anak tidak mengalami penyakit infeksi diare 6 bulan terakhir sebanyak 103 anak (71%) dan sebanyak 42 anak (29%) mengalami penyakit infeksi diare 6 bulan terakhir sebanyak 42 anak (29%).

Tabel 5.19 Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Infeksi ISPA 6 bulan terakhir Pada Anak Stunting Usia *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Penyakit Infeksi ISPA	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Ya	111	76.6
Tidak	34	23.4
Total	145	100.0

Berdasarkan tabel 5.19 didapatkan data sebanyak 111 anak stunting usia *toddler* (76,6%) mengalami penyakit infeksi ISPA dalam 6 bulan terakhir sedangkan sebanyak 34 anak stunting usia *toddler* (23,4%) tidak mengalami penyakit infeksi ISPA dalam 6 bulan terakhir.

16. Karakteristik Responden Berdasarkan Memiliki Sanitasi

Tabel 5.20 Karakteristik Responden Berdasarkan Memiliki Sanitasi di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Sanitasi	Frekuensi (F)	Prosentase (%)
Ada	145	100.0

Tabel 5.20 didapatkan data seluruhnya memiliki sanitasi berupa jamban di dalam rumah sebanyak 145 orang (100%).

17. Karakteristik Responden Berdasarkan Memiliki Sumber Air Bersih

Tabel 5.21 Karakteristik Responden Berdasarkan Memiliki Sumber Air Bersih di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Sumber Air Bersih	Frekuensi (F)	Prosentase (%)
Ada	145	100.0

Tabel 5.21 didapatkan data bahwa sebanyak 145 orang (100%) memiliki sumber air bersih berupa air PDAM atau sumur di dalam rumah sebagai cuci piring, mandi, dan lain sebagainya.

18. Karakteristik Responden Berdasarkan Penghasilan Keluarga

Tabel 5.22 Karakteristik Responden Berdasarkan Penghasilan Keluarga di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Penghasilan Keluarga	Frekuensi (F)	Prosentase (%)
Rp <500.000	3	2.1
Rp 500.000-1.000.000	10	6.9
Rp 1.000.000-1.133.000	49	33.8
Rp >1.133.000	83	57.2
Total	145	100.0

Berdasarkan tabel 5.22 didapatkan data bahwa dari 145 keluarga sebagian besar memiliki penghasilan keluarga sebesar > Rp 1.133.000,-sebanyak 83 keluarga (57,2%), 49 keluarga (33,8%) memiliki penghasilan keluarga sebesar Rp 1.000.000-1.133.000, sedangkan keluarga dengan penghasilan Rp 500.000-1.000.000 sebanyak 10 keluarga (6,9%) dan penghasilan keluarga sebesar < Rp 500.000 sebanyak 3 keluarga (2,1%).

5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian

1. Derajat Stunting

Tabel 5.23 Karakteristik Responden Berdasarkan Derajat Stunting Pada Anak *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Derajat Stunting	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
<i>Mild</i> Stunting	31	21.4
<i>Moderate</i> Stunting	30	20.7
<i>Severe</i> Stunting	84	57.9
Total	145	100.0

Pada tabel 5.23 memperlihatkan bahwa anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya yang mengalami stunting dengan derajat *severe* stunting sebanyak 84 anak (57,9%), *mild* stunting sebanyak 31 anak (21,4) dan anak *toddler* dengan derajat *moderate* stunting sebanyak 30 anak (20,7%).

2. Perkembangan Motorik Halus

Tabel 5.24 Karakteristik Responden Berdasarkan Perkembangan Motorik Halus Pada Anak *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Perkembangan Motorik Halus	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Normal	35	24.1
<i>Suspect</i> /dicurigai ada keterlambatan	109	75.2
<i>Untestable</i>	1	.7
Total	145	100.0

Pada tabel 5.24 didapatkan bahwa anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus sebanyak 109 anak (75,2%), sebanyak 35 anak (24,1%) anak *toddler* perkembangan motorik halus normal dan anak *toddler* dengan perkembangan motorik halus tidak dapat diuji (*untestable*) sebanyak 1 anak (0,7%).

3. Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya

Tabel 5.25 Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya Mei 2018

Derajat Stunting	Perkembangan Motorik Halus						Total	
	Normal		<i>Suspect</i> / dicurigai ada keterlambatan		<i>Untestable</i>			
	f	%	f	%	f	%	N	%
<i>Mild</i> Stunting	14	45.2	17	54.8	0	0.0	31	100.0
<i>Moderate</i> Stunting	7	23.3	22	73.3	1	3.3	30	100.0
<i>Severe</i> Stunting	14	16.0	70	83.3	0	0.0	84	100.0
Total	35	24.1	109	75.2	1	0.7	145	100.0

Nilai uji statistik *Spearman rho* 0,006 (p=0,05)

Pada tabel 5.25 memperlihatkan bahwa hubungan antara derajat stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya dan didapatkan hasil bahwa dari 145 orang responden yang

dikategorikan derajat *mild* stunting dengan perkembangan motorik halus normal sebanyak 14 orang (45,2%), kategori derajat *mild* stunting dengan perkembangan motorik halus *suspect*/dicurigai ada keterlambatan sebanyak 17 orang (54,8%), kategori derajat *moderate* stunting dengan perkembangan motorik halus normal sebanyak 7 orang (23,3%), kategori derajat *moderate* stunting dengan perkembangan motorik halus *suspect*/dicurigai ada keterlambatan sebanyak 22 orang (73,3%), kategori derajat *moderate* stunting dengan perkembangan motorik halus *untestable* sebanyak 1 (3.3%), kategori derajat *severe* stunting dengan perkembangan motorik halus normal sebanyak 14 orang (16%), kategori derajat *severe* stunting dengan perkembangan motorik halus *suspect*/dicurigai ada keterlambatan sebanyak 70 orang (83,3%). Berdasarkan hasil uji statistik *Spearman rho* nilai kemaknaan $p = 0,006$ dengan taraf signifikan 0,01 ($p < 0,05$) dapat disimpulkan bahwa hasil tersebut menunjukkan terdapat hubungan antara derajat stunting dengan gangguan perkembangan motorik halus anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

5.2 Pembahasan

Penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran interpretasi dan mengungkap hubungan antara Derajat Stunting dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya. Sesuai dengan tujuan penelitian, maka akan dibahas hal-hal sebagai berikut :

5.2.1 Derajat Stunting

Data derajat stunting pada tabel 5.23 menunjukkan bahwa dari 145 anak *toddler* stunting di Wilayah Pesisir Surabaya sebagian besar yang mengalami stunting derajat *severe* stunting sebanyak 84 anak (57,9%), derajat *mild* stunting

sebanyak 31 anak (21,4) dan sebagian kecil derajat *moderate* stunting sebanyak 30 anak (20,7%).

Anak *Toddler* dengan derajat *severe* stunting di Wilayah Pesisir Surabaya sebanyak 84 anak (57,9%), berdasarkan data derajat stunting dan pendidikan ibu didapatkan hasil sebagian besar memiliki orang tua berpendidikan menengah (SLTA) sebanyak 53 orang, anak *toddler* dengan derajat *moderate* stunting dan derajat *mild* stunting masing-masing memiliki orang tua berpendidikan menengah (SLTA) sebanyak 14 orang. Hasil wawancara dengan orang tua menyatakan bahwa riwayat orang tua sebagian besar berprofesi sebagai nelayan pencari ikan dengan penghasilan yang didapatkan cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Ekonomi keluarga memiliki peranan penting dalam menentukan tingkat pendidikan seseorang karena tanpa ekonomi yang memadai dunia pendidikan tidak akan berjalan dengan baik (Mukhlis, 2011). Semakin tinggi pendidikan ibu semakin berpengaruh terhadap praktik perawatan anak serta mampu menjaga dan merawat lingkungan dengan baik dibandingkan dengan pendidikan ibu yang rendah (Ikedo, 2013). Selain itu, tingkat pendidikan ibu turut menentukan mudah tidaknya seorang ibu dalam menyerap dan memahami pengetahuan gizi dan dapat menentukan tindakan selanjutnya saat menemui permasalahan gizi didalam keluarga (Ni`mah Khoirun and Nadhiroh, 2015).

Peneliti berasumsi bahwa kondisi ekonomi keluarga diduga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pendidikan orang tua di Wilayah Pesisir Surabaya. Hal ini dikarenakan sebagian besar riwayat orang tua di Wilayah Pesisir Surabaya berprofesi nelayan. Dimana profesi tersebut bergantung pada baik buruknya cuaca dilaut. Penghasilan yang didapatkan juga masih cukup rendah, sehingga tidak

dapat dipungkiri bahwa pendidikan kejenjang yang lebih tinggi juga membutuhkan biaya yang tinggi pula. Sebagian besar di Wilayah Pesisir Surabaya pendidikan terakhir orang tua yang memiliki anak stunting usia *toddler* yaitu sekolah menengah. Pendidikan orang tua terutama ibu juga berperan penting dalam proses tumbuh kembang anak, hal ini dikarenakan peran pengasuhan lebih besar dilakukan oleh ibu. Kejadian stunting di Wilayah Pesisir Surabaya dianggap kejadian biasa oleh ibu. Hal ini disebabkan karena tidak adanya penyuluhan kesehatan mengenai stunting, sehingga ibu tidak mengetahui bahwa stunting merupakan salah satu masalah gizi yang terjadi pada anak mereka.

Derajat stunting pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya sebagian besar mengalami derajat *severe* stunting sebanyak 84 anak (57,9%), berdasarkan data derajat stunting dan riwayat penyakit infeksi ISPA didapatkan bahwa anak stunting yang mengalami ISPA sebanyak 67 anak. Dari hasil pengamatan di lapangan didapatkan bahwa lingkungan bermain anak tidak baik. Hasil wawancara dengan orang tua didapatkan sebagian besar anak *toddler* stunting mengalami penyakit infeksi ISPA selama 3 hari dalam 3 kali pada 6 bulan terakhir. Penyakit infeksi merupakan salah satu faktor penyebab langsung status gizi balita disamping konsumsi makanan. Penyakit infeksi dapat mengganggu pertumbuhan linear dengan mempengaruhi status gizi anak. Anak yang tidak mengkonsumsi zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh akan mengakibatkan daya tahan tubuh anak rendah, sehingga mudah terserang penyakit infeksi, sebaliknya penyakit infeksi seperti diare dan ISPA akan mengakibatkan asupan zat gizi yang tidak dapat diserap tubuh dengan baik. Hal ini terjadi karena penyakit infeksi dapat menurunkan intake makanan, mengganggu absorpsi zat gizi, menyebabkan

hilangnya zat gizi secara langsung, meningkatkan kebutuhan metabolik (Aridiyah *et al*, 2015).

Peneliti berasumsi bahwa derajat stunting disebabkan oleh beberapa faktor salah satunya yaitu penyakit infeksi ISPA. Hal ini dikarenakan sebagian besar anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya mengalami penyakit infeksi ISPA. ISPA yang terjadi pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir dikarenakan lingkungan bermain yang kurang baik atau kotor. Penyakit infeksi menyebabkan penurunan nafsu makan pada anak berkurang sehingga asupan zat gizi dalam tubuh juga berkurang. Asupan zat gizi dalam tubuh yang tidak dapat diserap dengan maksimal dapat berakibat gangguan pertumbuhan pada anak *toddler*.

Derajat *severe* stunting yang dialami anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya sebanyak 84 anak (57,9%), berdasarkan data derajat stunting dan pemberian ASI didapatkan data bahwa 72 anak mendapat ASI tetapi mengalami stunting pada derajat *severe*. Hasil wawancara menyatakan bahwa hampir seluruhnya orang tua juga memberikan minuman seperti air putih atau teh pada saat pemberian ASI. World Health Organization (WHO) merekomendasikan sebaiknya anak hanya disusui ASI selama paling sedikit enam bulan. Makanan padat seharusnya diberikan sesudah anak berumur 6 bulan, dan pemberian ASI dilanjutkan sampai anak berumur dua tahun selain itu disebutkan bahwa menyusui eksklusif adalah tidak memberi makanan atau minuman lain termasuk air putih kepada bayi (Harjanto, 2016). Anak yang tidak diberi ASI eksklusif memiliki resiko sebanyak 6,54 kali lebih besar mengalami stunting dibandingkan dengan anak yang diberi ASI eksklusif (Suharni, 2010). Pemberian ASI eksklusif akan membuat status gizi anak bertambah baik dalam usia 6-24 bulan dari pada anak

yang tidak mendapat ASI secara eksklusif (Namangboling *et al.*, 2017). ASI juga mengandung protein yang merupakan bahan utama dalam proses pertumbuhan, walaupun kandungan protein dalam ASI lebih rendah dibandingkan susu formula, namun kualitas protein ASI sangat tinggi (Wahdah, Juffrie and Huriyati, 2015).

Peneliti berasumsi bahwa ASI memiliki peranan penting dalam pertumbuhan anak dimasa yang akan datang. Pemberian ASI non eksklusif diduga menjadi salah satu faktor terjadinya stunting di Wilayah Pesisir Surabaya. Hal ini dikarenakan hampir seluruhnya orang tua memberikan ASI dikombinasi dengan minuman selain ASI seperti air putih, teh dan susu formula kepada anak. Ibu di Wilayah Pesisir Surabaya beranggapan bahwa dengan memberikan ASI secara eksklusif anak mereka masih merasa lapar sehingga diberikan minuman selain ASI. Kegiatan tersebut juga dilakukan secara turun-temurun sehingga menjadi suatu kebiasaan didalam masyarakat. Hal ini menyebabkan anak tidak mendapatkan kandungan protein dalam ASI.

Anak usia *toddler* dengan derajat stunting moderate sebanyak 30 anak (20,7%). Berdasarkan data derajat stunting dan riwayat berat badan lahir di dapatkan bahwa anak *toddler* stunting memiliki riwayat berat lahir normal sebanyak 30 anak. Balita BBLR lebih berisiko untuk menjadi stunting karena balita BBLR memiliki kerentanan yang lebih tinggi terhadap penyakit infeksi, seperti diare dan infeksi saluran pernafasan bawah serta peningkatan risiko komplikasi termasuk sleep apnea, ikterus, anemia, gangguan paru-paru kronis, kelelahan, dan hilangnya nafsu makan dibandingkan dengan anak-anak dengan berat badan lahir yang normal sehingga mengakibatkan pertumbuhan fisik yang tidak optimal (Damayanti and Muniroh, 2016). Anak dengan riwayat berat badan

lahir normal yang mengalami stunting disebabkan karena ketidakcukupan asupan zat gizi pada balita normal yang menyebabkan gagal tumbuh (Dian Hidayati, T. M. Thaib, 2010).

Peneliti berasumsi bahwa berat badan lahir pada anak *toddler* yang mengalami stunting tidak memiliki hubungan signifikan. Hal ini disebabkan hampir seluruhnya anak *toddler* yang mengalami stunting memiliki riwayat berat badan lahir normal. Berat badan lahir normal pada anak *toddler* yang mengalami stunting disebabkan karena asupan gizi pada anak rendah. Asupan gizi seperti energy protein yang rendah menyebabkan gagal tumbuh pada anak, sehingga tinggi badan anak dibawah nilai *z-score*.

Derajat *mild* stunting yang dialami anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya sebanyak 31 anak (21,4), berdasarkan data derajat stunting dan MP-ASI didapatkan bahwa di Wilayah Pesisir Surabaya anak *toddler* diberikan MP-ASI pertama kali di usia > 6 bulan sebanyak 31 anak. Selain itu sebagian besar ibu di Wilayah Pesisir Surabaya memberikan bubur nasi kepada anaknya pada saat pertama kali MP-ASI diberikan. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas kesehatan menyatakan bahwa pendidikan kesehatan mengenai pemberian gizi seimbang pada anak telah diberikan kepada ibu balita pada saat posyandu. Namun berdasarkan hasil wawancara dengan ibu balita menyatakan bahwa sebagian besar ayah balita berprofesi sebagai buruh dan nelayan, sedangkan ibu balita di Wilayah Pesisir Surabaya sebagian besar tidak bekerja. Sehingga penghasilan keluarga yang didapatkan digunakan untuk beberapa keperluan. Asupan merupakan faktor penyebab langsung terjadinya stunting yang memiliki dampak jangka panjang maupun jangka pendek, selain itu pengetahuan ibu mengenai gizi seimbang

merupakan faktor tidak langsung yang memberi pengaruh besar pada pertumbuhan dan perkembangan balita (Loya and Nuryanto, 2017). Gangguan pertumbuhan yang dialami pada awal masa kehidupan bayi antara lain disebabkan oleh kekurangan gizi sejak bayi, pemberian MP-ASI terlalu dini atau terlalu lambat, MP-ASI tidak cukup gizinya sesuai kebutuhan bayi atau kurang baiknya pola pemberiannya menurut usia, dan perawatan bayi yang kurang memadai (Khasanah, Hadi and Paramashanti, 2016). Pemberian MP-ASI pada usia dini yaitu pada usia 0 sampai 2 bulan dapat meningkatkan risiko stunting pada balita usia 2-4 tahun dan terlambatnya memberikan MP-ASI juga menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan balita menjadi terhambat karena kebutuhan gizi balita tidak tercukupi (Meilyasari and Isnawati, 2014). Pada usia 6-8 bulan sebaiknya bayi diperkenalkan pada makanan lunak lebih dahulu seperti sereal fortifikasi besi, puree sayuran dan biskuit bayi (Meilyasari and Isnawati, 2014).

Peneliti berasumsi bahwa kondisi ekonomi keluarga dan pengetahuan ibu diduga menjadi faktor yang mempengaruhi dalam pemenuhan status gizi pada balita. Hal ini dikarenakan sebagian besar ayah balita di Wilayah Pesisir Surabaya berprofesi sebagai buruh dan nelayan, sedangkan ibu balita sebagian besar tidak bekerja. Sehingga penghasilan keluarga yang didapatkan cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Selain itu sebagian besar ibu di Wilayah Pesisir Surabaya memiliki riwayat pendidikan sekolah menengah, sehingga mempengaruhi pengetahuan ibu mengenai asupan gizi seimbang yang diberikan kepada anaknya. MPASI yang diberikan oleh ibu pertama kali pada anak *toddler* Wilayah Pesisir Surabaya di usia > 6 bulan. Sebagian besar anak *toddler* yang diberikan MPASI pada usia diatas 6 bulan mengalami stunting. Hal ini disebabkan karena anak

mengalami pengurangan asupan gizi dalam tubuh sehingga mempengaruhi proses tumbuh kembang pada anak. Pengetahuan ibu tentang gizi seimbang juga memiliki pengaruh untuk tumbuh kembang pada anak. Pemilihan jenis makanan untuk MPASI pertama kali yaitu jenis makanan yang lunak, namun di Wilayah Pesisir Surabaya sebagian besar ibu memberikan bubur nasi sebagai menu untuk MPASI. Hal ini membuat sistem pencernaan pada anak sulit untuk menyerap makanan tersebut. Selain itu ibu hanya memberikan menu bubur nasi dengan sayur saja tanpa menambahkan jenis makanan lainnya yang termasuk dalam gizi seimbang. Dalam memberikan MPASI pada anak perlu modifikasi bahan makanan namun tetap memperhatikan kandungan gizi yang akan dikonsumsi oleh anak.

Derajat *mild* stunting yang dialami anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya sebanyak 31 anak (21,4), berdasarkan data derajat stunting dan imunisasi didapatkan bahwa 29 anak mendapatkan imunisasi lengkap namun mengalami stunting dengan derajat *severe*. Hasil wawancara dengan ibu didapatkan bahwa sebagian besar anak *toddler* mengalami penurunan nafsu makan. Selain itu didapatkan sebagian besar anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya mengalami infeksi saluran nafas akut (ISPA). Imunisasi adalah pemberian kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukkan sesuatu ke dalam tubuh agar tahan terhadap penyakit yang sedang mewabah atau berbahaya bagi seseorang (Pangkong, A.J.M Rattu and Nancy S, 2013). Imunisasi dasar sangat penting bagi imunitas balita karena anak yang tidak diimunisasi secara lengkap akan terdapat gangguan kekebalan tubuh terhadap penyakit infeksi karena produksi antibodi menurun mengakibatkan mudahnya bibit penyakit

masuk, hal dapat mengganggu produksi berbagai jenis enzim untuk pencernaan makanan dan sebagai reaksi utamanya adalah berkurangnya nafsu makan pada anak (Hendra, AL Rahmad and Ampera Miko, 2016).

Peneliti berasumsi bahwa imunisasi dasar wajib diberikan pada anak. Hal ini dikarenakan imunisasi dapat memberikan kekebalan tubuh pada anak terhadap penyakit infeksi. Sebagian besar anak stunting usia *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya telah mendapatkan imunisasi lengkap. Namun pada anak yang telah mendapatkan imunisasi lengkap mengalami stunting. Selain itu lingkungan bermain pada anak juga dapat menyebabkan terjadinya infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) sehingga berdampak pada nafsu makan pada anak. Berkurangnya nafsu makan yang dialami oleh anak *toddler* sehingga anak menolak apa yang diberikan oleh ibunya berakibat berkurangnya pemasukan gizi pada tubuh anak.

Derajat *mild* stunting yang dialami anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya sebanyak 31 anak (21,4), berdasarkan data derajat stunting dan penghasilan keluarga didapatkan bahwa penghasilan > Rp. 1.113.000,- sebanyak 17 responden. Hal ini disebabkan karena sebagian besar kepala keluarga berprofesi sebagai buruh dan nelayan sedangkan ibu tidak bekerja. Jenis pekerjaan yang dilakukan oleh kepala rumah tangga akan menentukan seberapa besar keuangan rumah tangga yang kemudian akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarga (Merryana and Bambang Wirjadmadi, 2014). Peningkatan ekonomi dan peningkatan status gizi memiliki hubungan timbal balik, kondisi sosial ekonomi berpengaruh pada pola asupan makan atau gizi anak (Aramico, Toto Sudargo and Joko Susilo, 2013). Status ekonomi yang rendah berdampak pada ketidakmampuan untuk mendapatkan pangan yang cukup dan berkualitas

karena rendahnya kemampuan daya beli (Dian Hidayati, T. M. Thaib, 2010). Status ekonomi yang rendah dianggap memiliki dampak yang signifikan terhadap kemungkinan anak menjadi kurus dan pendek (Ni`mah Khoirun and Nadhiroh, 2015).

Peneliti berasumsi bahwa kondisi ekonomi keluarga diduga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi derajat stunting pada anak. Hal ini disebabkan karena sebagian besar ayah anak *toddler* berprofesi sebagai buruh dan nelayan sedangkan ibu dari anak *toddler* tidak bekerja. Penghasilan yang didapatkan juga masih cukup rendah, sehingga tidak dapat dipungkiri dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari masih secukupnya. Selain itu pengeluaran keluarga juga menjadi salah satu yang mempengaruhi status ekonomi.

5.2.2 Perkembangan Motorik Halus

Data perkembangan motorik halus pada anak *toddler* didapatkan dari lembar pemeriksaan Denver II. Perkembangan motorik halus pada anak *toddler* stunting di Wilayah Pesisir Surabaya pada tabel 5.24 didapatkan hasil bahwa yang mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus sebanyak 109 anak (75,2%), sebanyak 35 anak (24,1%) anak *toddler* perkembangan motorik halus normal dan anak *toddler* dengan perkembangan motorik halus tidak dapat diuji (untestable) sebanyak 1 anak (0,7%).

Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan skill dalam struktur dan fungsi tubuh dengan pola yang teratur sehingga menghasilkan kualitas yang berfungsi dan sebagai hasil dari proses pematangan (Arfiana and Lusiana, 2016). Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan adalah faktor

genetik, status gizi, faktor lingkungan fisik, pendidikan orang tua, stimulasi orang tua, teman sebaya dan jumlah saudara (Soetjiningsih, 2013).

Hasil penelitian dari 145 anak *toddler*, data terbanyak menyebutkan bahwa anak *toddler* yang mengalami keterlambatan sebanyak 105 anak (72,4%), berdasarkan data perkembangan motorik halus anak *toddler* dan pendidikan ibu didapatkan 62 ibu berpendidikan SMA (Sekolah Menengah Atas) yang memiliki anak *toddler* mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus. Berdasarkan hasil wawancara sebagian besar ibu menyatakan tidak tahu bahwa anaknya mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus. Selain itu didapatkan ibu di Wilayah Pesisir Surabaya tidak mengetahui bagaimana cara menstimulasi perkembangan motorik halus pada anak *toddler*. Pendidikan ibu mempengaruhi stimulasi yang diberikan kepada anak, cara mendidik dan cara untuk mengasuh anak, serta bagaimana cara memecahkan masalah. Ibu dengan pendidikan yang rendah meningkatkan risiko keterlambatan perkembangan pada anak (Saragih and Habibah, 2016). Pendidikan ibu yang rendah mempunyai resiko untuk terjadinya keterlambatan perkembangan, hal ini disebabkan karena ibu belum tahu cara memberikan stimulasi perkembangan kepada anaknya (Suhartiningsih and Putri, 2013).

Peneliti berasumsi bahwa pendidikan ibu diduga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya. Hal ini dikarenakan pendidikan orang tua terutama ibu juga berperan penting dalam proses tumbuh kembang anak, hal ini dikarenakan peran pengasuhan lebih besar dilakukan oleh ibu. Di Wilayah Pesisir Surabaya sebagian besar anak *toddler* mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus dengan

ibu pendidikan menengah. Hal ini disebabkan ketidaktahuan ibu bahwa anaknya mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus dan ibu tidak tahu cara menstimulasi perkembangan motorik halus pada anak. Rendahnya pengetahuan ibu tentang cara pemberian stimulasi perkembangan anak sehingga menyebabkan keterlambatan perkembangan motorik halus pada anak. Pemberian stimulasi penting dalam merangsang perkembangan anak.

Anak *toddler* yang mengalami perkembangan motorik halus normal sebanyak 35 anak (24,1%), berdasarkan data perkembangan motorik halus anak *toddler* dan pendapatan keluarga didapatkan data 17 keluarga dengan pendapatan > Rp. 1.113.000 memiliki anak *toddler* yang mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa profesi ayah di Wilayah Pesisir Surabaya sebagian besar sebagai nelayan dan buruh. Selain itu fasilitas bermain anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya seadanya yang dimiliki. Hasil penelitian lain menyatakan bahwa pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, karena orang tua dapat memenuhi semua kebutuhan anak baik primer maupun sekunder (Pantaleon, Hadi and Gamayanti, 2015). Selain itu status ekonomi atau pekerjaan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perkembangan anaknya. karena keterbatasan keluarga dalam menyediakan berbagai fasilitas bermain sehingga anak kurang mendapat stimulasi (Suhartiningsih and Putri, 2013).

Peneliti berasumsi bahwa kondisi ekonomi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan pada anak. Hal ini dikarenakan sebagian besar di Wilayah Pesisir Surabaya yang bekerja hanya satu orang saja dalam satu keluarga. Selain itu sebagian besar ayah anak *toddler* bekerja sebagai nelayan dan

buruh dengan penghasilan > Rp. 1.113.000. Hal ini disebabkan karena pendapatan keluarga tidak sebanding dengan pengeluaran keluarga sehingga perhatian orang tua dalam memenuhi kebutuhan perkembangan anak jadi berkurang, orang tua lebih berfokus dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari daripada pemenuhan sarana bermain sesuai dengan tahapan perkembangan usia. Fasilitas bermain yang disediakan oleh orang tua membantu untuk menstimulasi perkembangan motorik halus pada anak *toddler*. Selain itu status ekonomi keluarga juga berperan penting dalam pemenuhan status gizi. Jika makanan dengan gizi seimbang yang diberikan kepada anak terpenuhi maka akan mempengaruhi proses perkembangan yang baik.

Anak *toddler* yang mengalami perkembangan motorik halus *untestable* sebanyak 1 anak (0,7%), berdasarkan data perkembangan motorik halus dan pekerjaan didapatkan 1 ibu berprofesi sebagai pedagang. Status bekerja ibu dianggap merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan anak (Sitoresmi *et al*, 2015). Ibu memiliki peran dalam pemenuhan kebutuhan dasar anak yang akan berdampak bagi perkembangan anaknya (Chapakia, 2016).

Peneliti berasumsi bahwa ibu yang bekerja bekerja diluar rumah sehingga waktu bersama anak semakin berkurang dan membuat orang tua memiliki sedikit kesempatan untuk mengaplikasikan informasi mengenai cara menstimulasi anak.

5.2.3 Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Gangguan Perkembangan Motorik Halus Anak *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya

Hasil uji statistik *Spearman rho* nilai kemaknaan $p = 0,006$ dengan taraf signifikan 0,01 ($p < 0,05$) dapat disimpulkan bahwa hasil tersebut menunjukkan terdapat hubungan antara derajat stunting dengan gangguan perkembangan

motorik halus anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya dengan analisa koefisien korelasi 0,229.

Stunting yang dialami anak *toddler* menyebabkan terhambatnya perkembangan motorik halus, karena pada anak stunting terjadi keterlambatan kematangan sel saraf terutama pada bagian cerebellum (Nugroho, Susanto and Kartasurya, 2014). Anak stunting yang mengalami penurunan fungsi motorik berkaitan dengan rendahnya kemampuan mekanik dari otot trisep akibat lambatnya kematangan fungsi otot (Hanani, 2016). Sehingga gerakan motorik halus tidak dapat dilakukan dengan sempurna apabila mekanisme otot belum berkembang, dimana otot berbelang (*striped muscle*) atau *striated muscle* yang mengendalikan gerakan sukarela berkembang dalam laju yang agak lambat, sebelum anak dalam kondisi normal, tidak mungkin ada tindakan sukarela yang terkoordinasi (Nurbaeti, 2016). Sehingga kejadian stunting yang berlangsung sejak lama dialami oleh anak dapat menyebabkan terlambatnya perkembangan motorik halus dan sebagai akibatnya tujuan dari perkembangan motorik halus tidak dapat tercapai salah satunya dalam memfungsikan otot-otot kecil seperti gerakan jari tangan (Novisiam, 2012).

Berdasarkan hasil tabulasi silang penelitian pada tabel Pada tabel 5.25 menunjukkan bahwa hubungan antara derajat stunting dengan perkembangan motorik halus anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya pada 145 orang responden didapatkan hasil derajat stunting kategori *mild* stunting dengan perkembangan motorik halus normal sebanyak 14 orang (45,2%) sedangkan kategori *mild* stunting dengan perkembangan motorik halus *suspect*/dicurigai ada keterlambatan sebanyak 17 orang (54,8%), kategori *moderate* stunting dengan

perkembangan motorik halus normal sebanyak 7 orang (23,3%) sedangkan kategori *moderate* stunting dengan perkembangan motorik halus *suspect/dicurigai* ada keterlambatan sebanyak 22 orang (73,3%), dan kategori *moderate* stunting dengan perkembangan *untestable* sebanyak 1 orang (3.3%). Pada kategori *severe* stunting dengan perkembangan motorik halus normal sebanyak 14 orang (16%) sedangkan kategori *severe* stunting dengan perkembangan motorik halus *suspect/dicurigai* ada keterlambatan sebanyak 70 orang (83,3%).

Berdasarkan hasil penelitian kategori *mild* stunting dengan perkembangan motorik halus *suspect/dicurigai* ada keterlambatan pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya sebanyak 17 orang (54,8%). Gizi merupakan faktor yang mempengaruhi perkembangan anak. (Marimbi, 2010). Dalam pertumbuhan dan perkembangan anak memerlukan zat gizi agar proses pertumbuhan dan perkembangan berjalan dengan baik. Perbedaan status gizi balita memiliki pengaruh yang berbeda pada setiap perkembangan anak, apabila gizi seimbang yang dikonsumsi tidak terpenuhi, pencapaian perkembangan anak terutama perkembangan motorik yang baik akan terhambat (Suhartiningsih and Putri, 2013). Peneliti berasumsi bahwa gizi seimbang merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan pada anak stunting yang mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus. Pemberian gizi seimbang kepada anak dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pendidikan ibu dan status ekonomi keluarga.

Anak *toddler* dengan kategori *moderate* stunting dengan perkembangan motorik halus *suspect/dicurigai* ada keterlambatan sebanyak 22 orang (73,3%). asupan zat gizi terhadap gangguan perkembangan anak menurut Brown (1996)

yaitu status gizi yang kurang tersebut akan menimbulkan kerusakan otak, letargi, sakit, dan penurunan pertumbuhan fisik (Saragih and Habibah, 2016). Anak yang mengalami stunting menyebabkan anak kehilangan rasa ingin tahu terhadap lingkungan sehingga gagal dalam mencapai perkembangan motorik dibandingkan dengan anak normal pada umumnya (Solihin, Faisal and Dadang, 2013). Peneliti berasumsi asupan gizi merupakan faktor penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Pada proses pertumbuhan dan perkembangan anak dapat terjadi apabila ketersediaan zat gizi yang memadai dengan jumlah, kualitas, kombinasi dan waktu yang tepat.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa kategori *severe* stunting dengan perkembangan motorik halus *suspect*/dicurigai ada keterlambatan pada anak *toddler* sebanyak 70 orang (83,3%). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian lain di Universitas Wiralodra yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara derajat stunting dengan perkembangan motorik halus (Nurbaeti, 2016). Rendahnya kemampuan motorik pada anak stunting merupakan akibat dari terhambatnya proses kematangan otot sehingga kemampuan mekanik otot berkurang. Kekurangan zat gizi jangka panjang, khususnya energi, lemak, dan protein akan menghambat proses pembentukan dan pematangan jaringan otot (Hanani, 2016). Peneliti berasumsi bahwa kekurangan gizi kronis dapat mempengaruhi derajat stunting yang dialami anak. Selain itu semakin tinggi derajat stunting maka anak-anak mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus. Anak *toddler* di Wilayah Surabaya saat diberikan tugas perkembangan, anak mengalami penolakan dan ketika diberikan contoh anak tersebut tidak dapat memahami atau mengerti contoh yang telah diberikan. Hal ini dikarenakan pada

anak *toddler* dengan derajat *severe* stunting tidak mampu melakukan eksplorasi yang baik.

Berdasarkan hasil penelitian pada anak *toddler* kategori *moderate* stunting dengan perkembangan motorik halus normal sebanyak 7 orang (23,3%). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang menyatakan kondisi stunting merupakan akibat tidak terpenuhinya kebutuhan zat gizi seimbang pada dua tahun pertama kehidupan sehingga mempengaruhi proses tumbuh kembang anak pada periode selanjutnya (Pantaleon, Hadi and Gamayanti, 2015). Anak dengan tinggi badan yang tinggi dan otot yang kuat akan lebih cepat menguasai gerakan-gerakan motorik dibandingkan dengan anak yang memiliki tinggi badan kurang diantara anak-anak seusianya (Hanani, 2016). Berdasarkan hasil wawancara dengan sebagian ibu anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya menyatakan bahwa anak mereka mengikuti PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini). Keikutsertaan PAUD memiliki kesempatan pada anak untuk tumbuh dan berkembang optimal sesuai dengan potensi yang dimilikinya, dan sesuai tahap-tahap perkembangan atau tingkat usia mereka (Solihin, Faisal and Dadang, 2013). Peneliti berasumsi bahwa status gizi merupakan faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya. Ada beberapa faktor lain seperti pendidikan ibu, status ekonomi dan stimulasi. Anak *toddler* stunting yang mengalami perkembangan motorik normal di Wilayah Pesisir Surabaya dikarenakan keikutsertaan anak dalam sekolah PAUD. Hal ini menyebabkan perkembangan pada anak stunting terstimulasi dengan baik.

Berdasarkan hasil penelitian anak *toddler* kategori *mild* stunting dengan perkembangan motorik halus normal sebanyak 14 orang (45,2%). Stunting (tubuh

pendek) adalah keadaan tubuh yang sangat pendek hingga melampaui defisit -2 SD di bawah median panjang atau tinggi badan (Pantaleon, Hadi and Gamayanti, 2015). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang menyatakan stunting menyebabkan terhambatnya perkembangan motorik kasar maupun halus, karena pada anak stunting terjadi keterlambatan kematangan sel-sel saraf terutama di bagian cerebellum yang merupakan pusat koordinasi gerak motorik. penurunan fungsi motorik anak stunting tanpa kelainan bawaan berkaitan dengan rendahnya kemampuan mekanik dari otot tricep surae sehingga lambatnya kematangan fungsi otot tersebut menyebabkan kemampuan motorik anak stunting terhambat (Nugroho, Susanto and Kartasurya, 2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan status gizi, stimulasi, pendidikan orang tua, status ekonomi dan motivasi belajar (Soetjningsih, 2013). Peneliti berasumsi bahwa perkembangan dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya motivasi anak dalam belajar. Sebagian besar anak *toddler* dengan derajat *mild* stunting di Wilayah Pesisir Surabaya mengalami perkembangan motorik halus yang normal. Hal ini dikarenakan sebagian besar anak *toddler* dengan derajat *mild* stunting memiliki rasa ingin tahu yang tinggi sehingga anak termotivasi untuk belajar mengembangkan kemampuan motorik halus dalam dirinya.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan anak *toddler* kategori *mild* stunting dengan perkembangan motorik halus normal sebanyak 14 orang (45,2%). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang menyatakan anak yang pendek (stunting) memperlihatkan tingkat aktivitas yang lebih rendah serta jumlah dan *entusiasme* untuk bermain dan mengeksplorasi lingkungan lebih kecil (Michael J. Gibney, Barrie M. Margaretts, John M. Kearney, 2009). Peneliti berasumsi bahwa

anak *toddler* dengan kategori derajat *severe* stunting yang mengalami perkembangan motorik halus normal lebih terlihat aktif dibandingkan dengan anak *toddler* stunting yang mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus. Hal ini disebabkan anak *toddler* dengan kategori derajat *severe* stunting memiliki interaksi yang baik dan anak lebih terstimulasi dengan mengikuti PAUD di sekitar rumahnya.

5.3 Keterbatasan

Keterbatasan merupakan kelemahan dan hambatan dalam penelitian. Pada penelitian ini beberapa keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti adalah pengumpulan data dengan kuesioner memungkinkan responden menjawab pertanyaan dengan tidak jujur atau tidak mengerti dengan pertanyaan yang dimaksud sehingga hasilnya kurang mewakili.

BAB 6

PENUTUP

Pada bab ini berisi simpulan dan saran berdasarkan uraian dari hasil pembahasan penelitian.

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil temuan penelitian dan hasil pengujian pada pembahasan yang dilaksanakan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya sebagian besar mengalami derajat *severe* stunting.
2. Anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya sebagian besar mengalami keterlambatan perkembangan motorik halus.
3. Derajat stunting memiliki hubungan signifikan dengan gangguan perkembangan motorik halus anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil temuan penelitian, beberapa saran yang disampaikan pada pihak terkait adalah sebagai berikut :

1. Bagi Keluarga Balita

Penelitian ini digunakan sebagai gambaran pada orang tua tentang perkembangan motorik halus pada anak *toddler* yang mengalami stunting dan orang tua dapat memberikan dukungan terhadap perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat, memperluas wawasan, dan memberikan sumbangan ilmiah dalam bidang keperawatan anak. Khususnya

tentang kejadian stunting terhadap perkembangan motorik halus pada anak *toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya.

3. Bagi Lahan Penelitian

Penelitian ini disarankan untuk lebih meningkatkan kegiatan diposyandu, terutama penyuluhan-penyuluhan mengenai gizi dan kesehatan balita agar menurunnya angka balita stunting dan penyuluhan mengenai keterlambatan perkembangan motorik halus agar ibu balita dapat mendeteksi dini adanya keterlambatan pada anaknya.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian dengan judul “efektivitas pemberian stimulasi perkembangan pada derajat stunting anak *toddler* terhadap gangguan perkembangan motorik halus”

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier Sunita (2011) *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka.
- Aramico, B., Toto Sudargo and Joko Susilo (2013) 'Hubungan sosial ekonomi, pola asuh, pola makan dengan stunting pada siswa sekolah dasar di Kecamatan Lut Tawar , Kabupaten Aceh Tengah', *Jurnal Gizi Dan Dietetik Indonesia*, 1(3), pp. 121–130.
- Arfiana and Lusiana, A. (2016) *Asuhan Neonatus Bayi Balita dan Anak Pra Sekolah*. 1st edn. Yogyakarta: trans medika.
- Chapakia, M. I. (2016) 'Hubungan Riwayat Berat Badan Lahir (BBL) Dengan Perkembangan Motorik Halus Anak Usia 2-5 Tahun Di Posyandu Gonilan Kartasura'.
- Damayanti, R. A. and Muniroh, L. (2016) 'Pemberian Asi Eksklusif Pada Balita Stunting Dan NonStunting', *Media Gizi Indonesia*, II, pp. 61–69.
- Dian Hidayati, T. M. Thaib, D. S. (2010) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Stunting Pada Balita Usia 12-59 Bulan Di Kecamatan Darul Kamal Kabupaten Aceh Besar'.
- Diasmarani Nurul (2011) 'Karakteristik dan Perkembangan Bahasa Anak Balita Stunted di Desa Sukawening, Kabupaten Bogor'.
- Entie Rosela S, Tulus Puji Hastuti, H. T. (2017) 'Hubungan Status Gizi Dengan Perkembangan Anak Usia 1 Sampai 5 Tahun Di Kelurahan Tidar Utara, Kota Magelang', 12(1), pp. 27–37.
- Hanani, R. and A. S. (2016) 'Perbedaan Perkembangan Motorik Kasar, Motorik Halus, Bahasa, Dan Personal Sosial Pada Anak Stunting Dan Non Stunting', 5(Jilid 3), pp. 412–418.
- Hannurofik (2010) 'Teori-Teori Perkembangan Motorik', pp. 1–13.
- Harjanto, A. R. (2016) 'Pengaruh Riwayat Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif Terhadap Pertumbuhan Berat Badan, Panjang Badan Dan Lingkar Lengan Atas Bayi Berusia 6 Sampai 12 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rajabasa Indah Bandar Lampung'.
- Hendra, A., AL Rahmad and Ampera Miko (2016) 'Kajian Stunting Pada Anak Balita Berdasarkan Pola Asuh Dan Pendapatan Keluarga Di Kota Banda Aceh', *kesmas Indonesia*, 8, pp. 63–79.
- Hussein, A. M. and Adam, D. (2015) 'Risk Factors of Protein Energy Malnutrition Deficiency among Children Under Five Years at Alruhal Camp-Kass Locality South Darfur State 2012 Sudan', *Journal of Bacteriology & Parasitology*, 6(6), pp. 8–11. doi: 10.4172/2155-9597.1000252.

- J. Supranto (2007) *Teknik Sampling Untuk Survey dan Eksperimen*. 4th edn. Jakarta: Rineka Cipta.
- Kemenkes (2014) 'Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 8 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat'. Available at: https://peraturan.bkpm.go.id/jdih/userfiles/batang/Permenkes_3_2014.pdf.
- Khasanah, D. P., Hadi, H. and Paramashanti, B. A. (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(1), pp. 105–111.
- Khasanah, N. (2011) *ASI Atau Susu Formula Ya?* Yogyakarta: Flash Books.
- Loya, R. R. P. and Nuryanto (2017) 'Pola Asuh Pemberian Makan Pada Balita Stunting Usia 6-12 Bulan Di Kabupaten Sumba Tengah Nusa Tenggara Timur', *Journal of Nutrition College*, 6, pp. 83–95.
- Lppm, M., Hang, S. and Pekanbaru, T. (2015) 'Permasalahan Anak Pendek (Stunting) dan Intervensi untuk Mencegah Terjadinya Stunting (Suatu Kajian Kepustakaan) Stunting Problems and Interventions to Prevent Stunting (A Literature Review)', *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(6), pp. 254–261. Available at: <http://ejournal.htp.ac.id/stikes/pdf.php?id=JRL0000099>.
- Maryunani, A. (2016) *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra-Sekolah*. Bogor: IN MEDIA.
- Meilyasari, F. and Isnawati, M. (2014) 'Faktor risiko kejadian stunting pada balita usia 12 bulan di Desa Purwokerto, Kecamatan Patebon, Kabupaten Kendal', *Journal of Nutrition College*, 3(2), pp. 16–25. Available at: <https://media.neliti.com/media/publications/185456-ID-faktor-risiko-kejadian-stunting-pada-bal.pdf>.
- Merryana, A. and Bambang Wirjadmadi (2014) *Gizi dan Kesehatan Balita : Peranan Mikro Zinc Pada Pertumbuhan Balita*. Jakarta: Kencana.
- Michael J. Gibney, Barrie M. Margaretts, John M. Kearney, L. A. (2009) *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Edited by A. Hartono. Jakarta: EGC.
- Mukhlis, A. (2011) 'Tingkat Pendidikan Masyarakat Di Desa Dieng Wetan Kecamatan Kejajar Kabupaten Wonosobo'.
- Namangboling, A. D. *et al.* (2017) 'Hubungan Riwayat Penyakit Infeksi dan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Anak Usia 7-12 Bulan di Kecamatan Kelapa Lima Kota Kupang *', 19(2), pp. 91–96.
- Ni'mah, C. and L. M. (2015) 'Hubungan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan Dan Pola Asuh Ibu Dengan Wasting Dan Stunting Pada Balita Keluarga Miskin', 10, pp. 84–90.

- Ni'mah Khoirun and Nadhiroh, S. R. (2015) 'Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita', *Media Gizi Indonesia*, 10(1), pp. 13–19. Available at: <http://e-journal.unair.ac.id/index.php/MGI/article/view/3117/2264>.
- Nugroho, A., Susanto, H. and Kartasurya, M. I. (2014) 'Pengaruh mikronutrien taburia terhadap perkembangan motorik anak usia 24-48 bulan yang stunting (Studi di Tanjungkarang Barat)', 3, pp. 52–59.
- Nurbaeti, T. S. (2016) 'Hubungan Derajat Stunting dengan Perkembangan Motorik Halus Anak Usia 12-24 Bulan', 1(4), pp. 11–15.
- Pangkong, M., A.J.M Rattu and Nancy S, H. M. (2013) 'Hubungan Antara Pemberian ASI Eksklusif Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 13-36 Bulan Di Wilayah Keja Puskesmas Sonder'.
- Pantaleon, M. G., Hadi, H. and Gamayanti, I. L. (2015) 'Hubungan Status Gizi Dengan Perkembangan Anak Usia 1 Sampai 5 Tahun Di Kelurahan Tidar Utara, Kota Magelang'.
- Rahayu, A. and Khairiyati, L. (2014) 'Risiko Pendidikan Ibu Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak 6-23 Bulan', *Penelitian Gizi dan Makanan (The Journal of Nutrition and Food Research)*, 37(2 Dec), pp. 129–136. Available at: <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/pgm/article/view/4016>.
- Rahmawati, R. (2017) 'Hubungan Pendidikan Orang Tua Dan Stimulasi Orang Tua Terhadap Perkembangan Anak Usia Balita Di Kelurahan Kenjeran Kecamatan Bulak Surabaya'.
- Ranuh, I. N. G. (2013) *Beberapa Catatan Kesehatan Anak*. Edited by S. Ranuh. Jakarta: Sagung Seto.
- Rohmatun, N. Y. (2014) 'Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Dan Pemberian Asi Eksklusif Dengan Kejadian', *UMM Surakarta*.
- Sandjojo, E. P. (2017) *Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting*.
- Santrock, J. W. (2007) *Perkembangan Anak*. Jakarta: Erlangga.
- Saragih, H. and Habibah, U. (2016) 'Hubungan Antara Perkembangan Motorik Anak Usia 3 – 5 Tahun Dengan Status Gizi (TB/U) Berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu', 2(September), pp. 152–157.
- Shang, Y. *et al.* (2010) 'Stunting and soil-transmitted-helminth infections among school-age pupils in rural areas of southern China', *Parasites & Vectors*. BioMed Central Ltd, 3(1), p. 97. doi: 10.1186/1756-3305-3-97.
- Sholiha, H. and Sumarmi, S. (2015) 'Analisis Risiko Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) Pada Primigravida', *Media Gizi Indonesia*, 10, pp. 57–63.

- Soetjiningsih (2013) *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Solihin, D. M., Faisal, A. and Dadang, S. (2013) 'Kaitan Antara Status Gizi, Perkembangan Kognitif, Dan Perkembangan Motorik Pada Anak Usia Prasekolah', *Penelitian Gizi dan Makanan*, 36(1), pp. 62–72.
- Suharni (2010) 'Gambaran Kejadian Stunting Pada Balita Di Puskesmas Matrijeron Kota Yogyakarta'.
- Suhartiningsih, S. R. I. and Putri, M. A. (2013) 'Hubungan Status Gizi Bawah Normal Dengan Perkembangan Motorik Kasar Pada Balita Usia 6-60 Bulan', pp. 100–106.
- Susiloningrum, W. R. (2017) 'Hubungan Pengetahuan Ibu Dan Status Imunisasi Dengan Status Gizi Balita 2-3 Tahun (Studi di Puskesmas Klego 1 Boyolali)'. Available at: http://eprints.ums.ac.id/56200/1/ARTIKEL_PUBLIKASI.pdf.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2017) *100 Kabupaten/Kota Prioritas Untuk Intervensi Anak Kerdur (Stunting)*, Ringkasan. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia.
- Trihono, Atmarita, Dwi Hapsari Tjandrarini, A. I. et al (2015) *Pendek (Stunting) Di Indonesia, Masalah Dan Solusinya*. Edited by M. Sudomo. Jakarta: Lembaga Penerbit Balitbangkes.
- Wahdah, S., Juffrie, M. and Huriyati, E. (2015) 'Faktor risiko kejadian stunting pada anak umur 6-36 bulan di Wilayah Pedalaman Kecamatan Silat Hulu, Kapuas Hulu, Kalimantan Barat', 3(2), pp. 119–130.
- Widanti, Y. A. (2013) 'Prevalensi, Faktor Risiko, Dan Dampak Stunting Pada Anak Usia Sekolah'.
- Wiyogowati, C. (2012) 'Kejadian stunting pada anak berumur dibawah lima tahun tahun (0-59 bulan) di provinsi papua barat tahun 2010 (analisis data riskesdas 2010) skripsi', 2010.

Lampiran 1***CURRICULUM VITAE***

Nama : Siti Auliya Aminatus Syafitri
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 28 Juni 1995
Alamat : Jl. Bulak Banteng Wetan 19/34 Surabaya
Email : aulya.as@gmail.com
Riwayat Pendidikan :

1. Taman Kanak-Kanak Kartini : Lulus Tahun 2002
2. SDN Ketabang IV Surabaya : Lulus Tahun 2008
3. SMPN 6 Surabaya : Lulus Tahun 2011
4. SMK Kesehatan Nusantara Surabaya : Lulus Tahun 2014

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“MOTTO

Skripsi bukan tentang siapa yang cepat atau siapa yang terlambat. Alangkah kerdilnya jika mengukur sebuah keberhasilan dari segi siapa yang cepat dan siapa yang terlambat. Bukankah sebaik-baiknya skripsi adalah tentang proses yang dilalui, doa yang selalu dipanjatkan, semangat yang terus membara dan sabar yang tak pernah memiliki batas?

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Ayah, Ibu, kakak dan adik, yang telah memberikan curahan kasih sayang yang begitu besar kepadaku serta dukungan dan semangat yang tak pernah ada habisnya.
2. Keluarga besar Abdullafie yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang selalu memberikan semangat, motivasi, dan doa.
3. Teman-temanku Risma, Rifka, Mieke, Nindi, Erlina, Dila, Sekti, Lina, Lita terima kasih buat motivasi yang sudah diberikan selama ini.
4. Teman-temanku satu kelompok bimbingan Fita, Monika, Anita, Sofia, Selvi, Sekar yang saling bertukar pendapat serta pikiran dan saling memotivasi dalam menyelesaikan proposal.
5. Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) dan UKM Teater Jangkar Hitam Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan semangat dalam proses menyelesaikan proposal ini.
6. Teman sealmamater yang tidak bisa disebutkan satu persatu, sukses untuk kita semua.

Lampiran 3

Surat Ijin Penelitian



YAYASAN NALA
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
 RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN

Jl. Gedung No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404243, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya
 Website : www.stikeshangtuah-sby.ac.id

Surabaya, 8 Mei 2018

Nomor : B / 355 / VI / 2018 / SHT
 Klasifikasi : BIASA
 Lampiran : --
 Perihal : Permohonan Ijin
 Penelitian

K e p a d a
 Yth. KEPALA BAKESBANGPOL dan
 LINMAS KOTA SURABAYA
 di
Surabaya.

1. Dalam rangka penyusunan skripsi bagi mahasiswa Prodi S-1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2017/2018, mohon Kepala Bakesbangpol dan Linmas Kota Surabaya berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk mengambil data penelitian di Instansi/wilayah kerja yang Bapak/Ibu pimpin.
2. Tersebut titik 1, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya :
 Nama : Siti Auliya Aminatus Syafitri
 NIM : 141.0097
 Judul penelitian :
 Hubungan Antara Derajat Stunting Dengan Perkembangan Motorik Halus Anak *Toddler* di Wilayah Pesisir Surabaya
3. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih.

STIKES HANG TUAH SURABAYA
 SURABAYA
 KETUA

 WIWIEK LESTYANINGRUM, S.Kp., M.Kep
 NIP. 04014

T e m b u s a n :

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Puket I, II, III STIKES Hang Tuah Surabaya
3. Ka Prodi S-1 Kep STIKES Hang Tuah Surabaya



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Psw. 112

Surabaya, 09 Mei 2018

Nomor : 070/ 3898 /436.8.5/2018
 Lampiran : -
 Hal : Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
 di -
SURABAYA

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Memperhatikan : Surat Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal 8 Mei 2018 Nomor : B/368/IV/2018/SHT Perihal : Permohonan Ijin Penelitian
- Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : Siti Auliya Aminatus Syahfitri
 b. Alamat : Bulak Banteng Wetan 19/34, Surabaya
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 d. Instansi/Organisasi : STIKES Hang Tuah Surabaya
 e. Kewarganegaraan : Indonesia
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- a. Judul / Thema : Hubungan Antara Derajat Stunting dengan Perkembangan Motorik Halus Anak Toddler di Wilayah Pesisir Surabaya
 b. Tujuan : Penelitian
 c. Bidang Penelitian : Kesehatan
 d. Penanggung Jawab : Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes
 e. Anggota Peserta : -
 f. Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan.
 g. Lokasi : Dinas Kesehatan (UPTD Puskesmas Kenjeran) Kota Surabaya
- Dengan persyaratan : 1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukannya Penelitian/survey/kegiatan;
 2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
 3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
 4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih .

a.n. Plt. KEPALA BADAN,
 Plt. Sekretaris

 Ir. Yusuf Masruh, M.M.
 Pembina
 NIP. 19671224 199412 1 001

Tembusan :
 Yth. 1. Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya
 2. Saudara yang bersangkutan.



PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

SURAT IJIN SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072 / 76 P / 436.7.2 / 2018

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perlindungan Masyarakat
Nomor : 070/3704/436.8.5/2018
Tanggal : 3 Mei 2018
Hal : Penelitian
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :
Nama : **Siti Auliya Aminatus Syahfitri**
NIM : 1410097
Pekerjaan : Mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya
Alamat : Bulak Banteng Wetan Surabaya
Tujuan Penelitian : Menyusun Skripsi
Tema Penelitian : Hubungan Antara Derajat Stunting dengan Perkembangan
Motorik Halus Anak Toddler di Wilayah Pesisir Surabaya
Lamanya Penelitian : Bulan Mei s/d Bulan Juli Tahun 2018
Daerah / tempat : **Puskesmas Kenjeran**
Penelitian

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 04 Mei 2018
a.n. Kepala Dinas
Sekretaris,





PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS KENJERAN
Jl. Tambak Deres No. 02, Telp. 3822103
SURABAYA

SURAT KETERANGAN

No. 072 / 596 / 436.7.2.27 / 2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : drg. Esti Sriwuri
NIP : 19601217 198703 2 008
Pangkat/ Gol : Pembina Utama Madya / IV D
Jabatan : Kepala Puskesmas Kenjeran

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa :

Nama : Siti Aulia Aminatus Syahfitri
NIM : 1410097
Pekerjaan : Mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya
Judul Penelitian : Hubungan Antara Derajat Stunting dengan Perkembangan Motorik Halus Anak Toddler di Wilayah Pesisir Surabaya

Nama tersebut diatas telah **Melakukan Penelitian** di Puskesmas Kenjeran.

Demikian Surat keterangan ini di buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 09 Juni 2018

Puskesmas Kenjeran

 drg. Esti Sriwuri
 Pembina Utama Madya
 NIP: 19601217 198703 2 008

Lampiran 4

Surat Laik Etik

Lampiran 5

Data Balita Stunting Berdasarkan Nilai Z-Score

Dinas Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2016 di Puskesmas Kenjeran

Kelurahan Kenjeran

	TB/U	
	1	2
JML	7	54
%	2.265	17.48
	S. Pendek	Pendek

Kelurahan Sukolilo

	TB/U	
	1	2
JML	26	88
%	7.182	24.31
	S. Pendek	Pendek

Kelurahan Kedung Cowek

	TB/U	
	1	2
JML	34	80
%	9.392	22.1
	S. Pendek	Pendek

Kelurahan Bulak

	TB/U	
	1	2
JML	71	208
%	13.47	39.47
	S. Pendek	Pendek

Lampiran 6**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Ibu dan Balita calon responden

DiKelurahan Kenjeran, Kelurahan Bulak, Kelurahan Kedung Cowek, dan Kelurahan Sukolilo

Surabaya

Saya adalah mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan melakukan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui **“Hubungan Derajat Stunting Dengan Perkembangan Motorik Halus Anak *Toodler* Di Wilayah Pesisir Surabaya”**.

Pada penelitian ini, peneliti akan melakukan pemeriksaan perkembangan menggunakan lembar observasi DDST. Partisipasi ibu dan balita dalam penelitian ini akan bermanfaat bagi peneliti dan membawa dampak positif.

Informasi atau keterangan yang anda berikan akan dijamin kerahasiannya dan akan digunakan untuk kepentingan ini saja. Apabila penelitian ini telah selesai, pernyataan anda akan kami hanguskan.

Yang menjelaskan,

Yang dijelaskan,

Siti Auliya Aminatus Syafitri
NIM. 1410097

.....

Lampiran 7**No. Responden : _____****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai reponden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama :

Nama :

Umur :

Yang berjudul “Hubugan Derajat Stunting Dengan Perkembangan Motorik Halus Anak *Toodler* Di Wilayah Pesisir Surabaya”. Tanda tangan saya menunjukkan bahwa :

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa catatan tentang penelitian ini dijamin kerahasiannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk mengelolah data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengembangan tentang “Hubugan Derajat Stunting Dengan Perkembangan Motorik Halus Balita Di Wilayah Pesisir Surabaya”.

Tanggal

No.Responden

Tanda tangan

Lampiran 8

**LEMBAR KUESIONER HUBUNGAN ANTARA DERAJAT STUNTING
DENGAN PERKEMBANGAN MOTORIK HALUS PADA ANAK *TODDLER* DI
WILAYAH PESISIR SURABAYA**

Kode Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk Pengisian

1. Lembar diisi oleh responden
2. Pilihlah jawaban yang sesuai dengan memberi tanda (\surd), untuk soal *essay* isilah pada titik-titik yang disediakan
3. Kotak sebelah kanan tidak perlu diisi (tetap dikosongi)
4. Apabila kurang jelas saudara berhak bertanya kepada peneliti
5. Mohon diteliti ulang, agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

A. Data Demografi

IDENTITAS ANAK <i>TODDLER</i>			
1.	NAMA		
2.	NAMA KK :		
3.	TEMPAT TINGGAL (ALAMAT)	DESA : Kode : Kel : RT : No. Rumah :	
4.	Tanggal Lahir		
5.	Jenis Kelamin	() Laki-Laki () Perempuan	
INFORMASI LAPANGAN			
	Pewawancara : Editor : Operator :	Tanggal wawancara : Tanggal edit : Tanggal entri :	
KARAKTERISTIK ORANG TUA DAN RUMAH TANGGA			
	Status Orang Tua	Ayah	Ibu
1.	Apakah kedua orang tua masih ada/hidup ?	() Ya () Tidak Ada , pertanyaan dibawah yang berhubungan dengan ayah tidak perlu ditanyakan.	() Ya () Tidak Ada , pertanyaan dibawah yang berhubungan dengan ibu tidak perlu ditanyakan.
2.	Apakah ayah/ibu tinggal bersama anak ?	() Ya () Tidak	() Ya () Tidak
3.	Umur Tahun Tahun
4.	Pendidikan terakhir orang tua	() Tidak Sekolah () SD tidak tamat () SD tamat () SLTP tidak tamat () SLTP tamat () SLTA tidak tamat	() Tidak Sekolah () SD tidak tamat () SD tamat () SLTP tidak tamat () SLTP tamat () SLTA tidak tamat

	<input type="checkbox"/> SLTA tamat <input type="checkbox"/> PT tidak tamat (D1, D2) <input type="checkbox"/> PT tamat (D3, S1, S2)	<input type="checkbox"/> SLTA tamat <input type="checkbox"/> PT tidak tamat (D1, D2) <input type="checkbox"/> PT tamat (D3, S1, S2)
5. Pekerjaan Orang Tua	<input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> PNS/TNI/POLRI <input type="checkbox"/> Pedagang <input type="checkbox"/> Petani pemilik <input type="checkbox"/> Petani buruh <input type="checkbox"/> Jual jasa (Penjahit, dll).	<input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> PNS/TNI/POLRI <input type="checkbox"/> Pedagang <input type="checkbox"/> Petani pemilik <input type="checkbox"/> Petani buruh <input type="checkbox"/> Jual jasa (Penjahit, dll).
PENIMBANGAN, ASI (GIZI) DAN IMUNISASI		
A. Penimbangan		
Berapa berat lahir anak	..... Gram	
1. Maaf, apakah boleh lihat KMS ? Saya akan mencatat berat badan anak dalam 3 bulan terakhir : Jika KMS di Posyandu harap di <i>follow-up</i> , namun jika tidak bisa melihat KMS maka tanyakan berat badan anak kepada orang tuanya. (tulis 99.99 jika tidak ditimbang atau tidak ingat)		
a. Sebulan yang lalu	Tanggal:...../...../.....	Berat.....Kg
b. Dua bulan yang lalu	Tanggal:...../...../.....	Berat.....Kg
c. Tiga bulan yang lalu	Tanggal:...../...../.....	Berat.....Kg
d. Sekarang	Berat.....Kg	Tinggi.....cm
B. ASI		
2. Apakah sejak lahir sampai sekarang anak pernah disusui ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
3. Apakah anak sekarang masih disusui ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
a. Jika 'Tidak' pada umur berapa bulan mulai berhenti disusui ?	..... bulan	
b. Apakah anak sejak lahir tidak pernah mendapatkan makanan/minuman selain ASI termasuk air putih sampai anak berusia 6 bulan atau sampai saat ini untuk anak usia <6 bulan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
c. Apakah anak sudah diberi minuman seperti air putih atau teh selain ASI kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
d. Pada umur berapa bulan anak mulai diberikan makanan tersebut terus menerus ? (jika responden tidak ingat, tanyakan umur anak mulai diberi minuman)	..... bulan	
e. Apakah anak sudah diberi makanan/minuman selain ASI, seperti susu formula, biscuit, bubur, nasi lembek, pisang atau makanan yang lain ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
f. Pada umur berapa bulan anak mulai diberikan makanan tersebut terus menerus ? (jika responden tidak ingat, tanyakan umur anak mulai diberi makanan)	..... bulan	
g. Jenis makanan yang mulai diberikan pada anak ?	<input type="checkbox"/> Bubur nasi <input type="checkbox"/> Biskuit <input type="checkbox"/> Bubur susu <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> Cerelaks	
C. IMUNISASI		
Apakah ibu pernah memiliki kartu imunisasi (KMS) untuk anak ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
1. Imunisasi apakah yang diberikan pada anak sejak lahir sampai sekarang ? Untuk pewawancara : Imunisasi BCG : Imunisasi diberikan satu kali melalui suntikan di lengan kanan atas dan berbekas untuk	Tempat imunisasi <input type="checkbox"/> RS pemerintah <input type="checkbox"/> RS swasta <input type="checkbox"/> Puskesmas/Pustu <input type="checkbox"/> Klinik swasta	

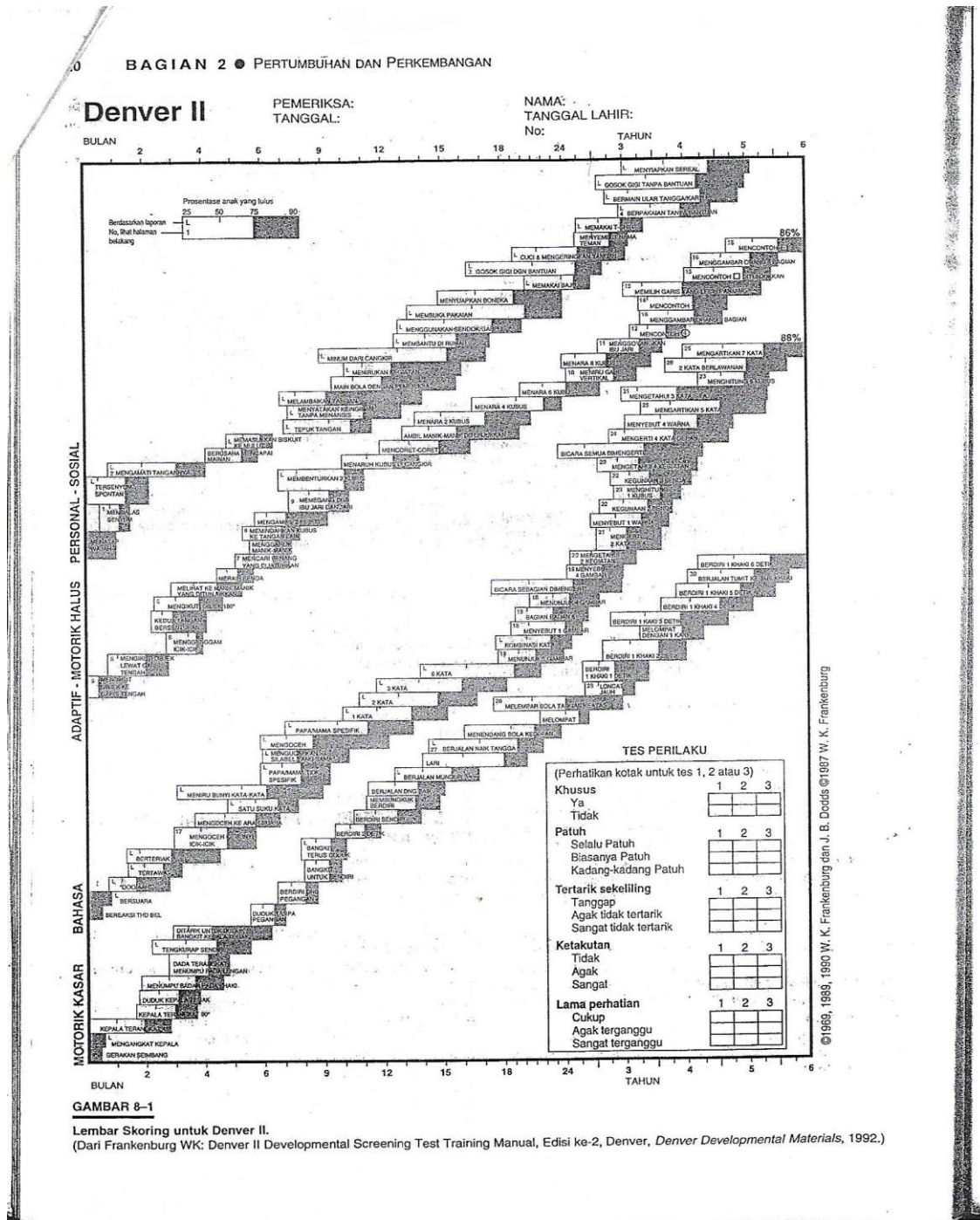
mencegah anak dari penyakit TBC atau batuk menahun.	() Posyandu () Dokter praktek swasta () Bidan praktek swasta () Belum diimunisasi () Tidak ada keterangan tempat
Imunisasi DPT1, DPT2, DPT3 : imunisasi yang diberikan tiga kali melalui suntikan (tidak berbekas) untuk mencegah anak dari penyakit Difteria, Batuk rejan, dan Tetanus.	
Imunisasi Polio1, Polio2, Polio3, Polio4 : imunisasi yang diberikan tiga atau empat kali diberikan 2 tetes melalui mulut untuk mencegah anak dari kelumpuhan.	a. BCG..... b. DPT 1..... c. DPT 2..... d. DPT 3..... e. Polio 1..... f. Polio 2..... g. Polio 4..... h. Polio 5..... i. Campak.....
Imunisasi campak : imunisasi yang diberikan sekali pada umur 9 bulan melalui suntikan (tidak berbekas) untuk mencegah anak dari penyakit campak/gabag/ganjar ayu/ganjar bagus	
Hepatitis : imunisasi yang diberikan sekali bersamaan dengan DPT melalui suntikan untuk mencegah anak dari sakit kuning.	
STATUS DAN PELAYANAN KESEHATAN	
Ibu saat hamil anak ini berapa kali pasien melakukan pemeriksaan ANC :	
a. Trimester I :	
b. Trimester II :	
c. Trimester III :	
Penyulit ANC :	
1. Dalam 6 bulan terakhir, Apakah anak mengalami diare (mencret) minimal 3 kali sehari ?	() Ya () Tidak
a. Jika ya, berapa hari lamanya anak mengalami diare ?	.....hari
b. Apakah anak mendapatkan pengobatan/perawatan dari tenaga kesehatan ?	() Ya () Tidak
c. Berapa kali anak mengalami diare dalam 6 bulan terakhir ini?	() 1 kali () 4 kali () 2 kali () lebih dari 4 kali () 3 kali
2. Dalam 6 bulan terakhir, apakah anak mengalami batuk ?	() Ya () Tidak
a. Jika ya, berapa hari lamanya anak mengalami batuk ?	.....hari
b. Apakah anak mendapatkan pengobatan/perawatan dari tenaga kesehatan ?	() Ya () Tidak
c. Berapa kali anak mengalami batuk dalam 6 bulan terakhir ini?	() 1 kali () 4 kali () 2 kali () lebih dari 4 kali () 3 kali
3. Dalam 6 bulan terakhir, apakah anak mengalami pilek ?	() Ya () Tidak
a. Jika ya, berapa hari lamanya anak mengalami pilek ?	.....hari
b. Apakah anak mendapatkan pengobatan/perawatan dari tenaga kesehatan ?	() Ya () Tidak
c. Berapa kali anak mengalami pilek dalam 6 bulan terakhir ini?	() 1 kali () 4 kali () 2 kali () lebih dari 4 kali () 3 kali
4. Dalam 6 bulan terakhir, apakah anak mengalami sakit panas/demam ?	() Ya () Tidak
a. Jika ya, berapa hari lamanya anak mengalami	.....hari

panas/demam ?	
b. Apakah anak mendapatkan pengobatan/perawatan dari tenaga kesehatan ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
c. Berapa kali anak mengalami panas/demam dalam 6 bulan terakhir ini?	<input type="checkbox"/> 1 kali <input type="checkbox"/> 4 kali <input type="checkbox"/> 2 kali <input type="checkbox"/> lebih dari 4 kali <input type="checkbox"/> 3 kali
5. Dalam 6 bulan terakhir, apakah anak mengalami kesulitan bernafas seperti adanya tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam ketika bernafas ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
a. Jika ya, berapa hari lamanya anak mengalami kesulitan bernafas seperti adanya tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam ketika bernafas ?	.....hari
b. Apakah anak mendapatkan pengobatan/perawatan dari tenaga kesehatan ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
c. Berapa kali anak mengalami kesulitan bernafas seperti adanya tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam ketika bernafas dalam 6 bulan terakhir ini?	<input type="checkbox"/> 1 kali <input type="checkbox"/> 4 kali <input type="checkbox"/> 2 kali <input type="checkbox"/> lebih dari 4 kali <input type="checkbox"/> 3 kali
6. Dalam 6 bulan terakhir, apakah anak mengalami sakit telinga atau keluar nanah dari telinga ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
a. Jika ya, berapa hari lamanya anak mengalami sakit telinga atau keluar nanah dari telinga?	.....hari
b. Apakah anak mendapatkan pengobatan/perawatan dari tenaga kesehatan ?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
c. Berapa kali anak mengalami sakit telinga atau keluar nanah dari telinga dalam 6 bulan terakhir ini?	<input type="checkbox"/> 1 kali <input type="checkbox"/> 4 kali <input type="checkbox"/> 2 kali <input type="checkbox"/> lebih dari 4 kali <input type="checkbox"/> 3 kali
SANITASI DAN SUMBER AIR BERSIH	
Sanitasi :	
Sumber air bersih :	
PENGELUARAN RATA-RATA RUMAH TANGGA SEBULAN	
1. Pengeluaran rata-rata perbulan untuk bahan makanan	
a. Beras	Rp.....
b. Lauk-Pauk	Rp.....
c. Obat-obatan	Rp.....
d. Rokok/tembakau	Rp.....
e. Lainnya	Rp.....
	Total Rp.....
2. Pengeluaran rata-rata perbulan untuk diluar bahan makanan	
a. Perumahan	Rp.....
b. Pendidikan	Rp.....
c. Pakaian	Rp.....
d. Pesta/sosial	Rp.....
e. Lainnya	Rp.....
	Total Rp.....
3. Penghasilan Keluarga	<input type="checkbox"/> <Rp.500.000,- <input type="checkbox"/> Rp.500.000,- s/d Rp.1.000.000,- <input type="checkbox"/> Rp.1.000.000,- s/d Rp.1.133.000,- <input type="checkbox"/> ≥ Rp.1.133.000,-

B. Lembar Observasi Responden

No. Responden	BB Badan	TB Badan	Derajat Stunting	Hasil Pemeriksaan DDST

C. Lembar DDST




GAMBAR 8-1


Lembar Skoring untuk Denver II.
 (Dari Frankenburg WK: Denver II Developmental Screening Test Training Manual, Edisi ke-2, Denver, Denver Developmental Materials, 1992.)

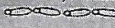
PETUNJUK PELAKSANAAN

1. Coba anak agar tersenyum; dengan tersenyum, berbicara, atau melambatkan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandangi tangan beberapa detik.
3. Orang tua harus dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ritsleting di belakang.
5. Gerakkan benang dengan perlahan-lahan dalam suatu busur dari satu sisi ke sisi lain ± 20 cm di atas muka anak.
6. Lulus bila anak memegang icik-icik waktu disentuhkannya pada punggung atau ujung jari-jari.
7. Lulus bila anak mencoba melihat ke mana benang pergi. Benang dijatuhkan secepatnya dari pandangan tanpa tangan pemeriksa bergerak.
8. Anak harus memindahkan kubus dari satu tangan ke tangan lainnya tanpa bantuan dari tubuh, mulut, atau meja.
9. Lulus bila anak mengambil manik-manik dengan ibu jari dan jari.
10. Garis dapat bervariasi, hanya 30° atau kurang dari garis yang dibuat oleh pemeriksa.
11. Genggamkan tangan dengan ibu jari menghadap ke atas dan goyangkan ibu jari. Lulus bila anak menirukan dan tidak menggerakkan jari selain ibu jari.



12. Lulus bila ujung saling bertemu. Gagal bila gerakan terus melingkar.
13. Garis mana yang lebih panjang? Putar kertas sampai terbalik (lulus) bila 3 dari 3 atau 5 dari 6.
14. Lulus asal garis menyilang.
15. Biarkan anak meniru, jika tidak dapat demonstrasikan.
Waktu memberikan tugas 12, 14, dan 15 jangan menyebut bentuknya. Jangan mendemostrasikan 12 dan 14.
16. Waktu memberikan skor sepasang (2 tangan, 2 kaki, dll) dihitung sebagai suatu bagian.
17. Taruh satu kubus di cangkir, kocok perlahan-lahan dekat telinga anak. Ulangi untuk telinga lainnya.
18. Tunjuk masing-masing gambar dan minta anak menyebutkan nama gambar tersebut (Gagal bila hanya suara). Bila 4 nama yang betul, minta anak menunjuk gambar dari nama yang disebut oleh pemeriksa.



19. Gunakan boneka, katakan kepada anak: Tunjukkan hidung, mata, telinga, mulut, tangan, kaki, perut, rambut. Lulus 6 dari 8.
20. Gunakan gambar, tanyakan kepada anak: mana yang terbang? meong? bicara?
..... menggonggong? meringkik? Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak: Apa yang kamu lakukan bila dingin? capai? lapai? Lulus 2 dari 3, 3 dari 3.
22. Tanya kepada anak: Apa gunanya cangkir? Apa gunanya kursi? Apa gunanya pensil? Jawaban harus termasuk kata-kata gerakan.
23. Lulus bila anak menaruh dan mengatakan berapa kubus yang ada di atas kertas dengan benar (1, 5).
24. Katakan kepada anak: Taruh kubus di atas meja, di bawah meja, di depan saya, di belakang saya. Lulus 4 dari 4 (jangan membantu anak dengan menunjuk, menggerakkan kepala atau mata).
25. Tanya kepada anak: Bola itu apa? danau? meja? rumah?
pisang? korden? pagar? atap? Lulus bila disebutkan kegunaannya, bentuk, dibuat dari apa, atau kategori umum (seperti pisang adalah buah-buahan, bukan hanya kue). Lulus 5 dari 3, 7 dari 8.
26. Tanyakan kepada anak: Jika kuda itu besar, tikus adalah? Jika api itu panas, es? Jika matahari bersinar siang hari, bulan bersinar? Lulus 2 dari 3.
27. Anak hanya boleh menggunakan dinding atau besi pegangan, tidak orang, tidak boleh merangkak.
28. Anak harus melempar bola di atas bahu ± 1 m (3 kaki) ke arah pemeriksa.
29. Anak harus melompat melampaui lebarnya formulir 22 cm (8 1/2").
30. Suruh anak berjalan ke depan  tumit berjarak ± 2 1/2 cm dari ibu jari kaki. Pemeriksa dapat mendemostrasikan.
Anak harus berjalan 4 langkah berturut-turut.
31. Pada usia tahun kedua, separuh anak normal tidak patuh.

Gambar 3.2 Formulir DDST (halaman belakang)

Lampiran 9

Tabel Z-score menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Tahun 2010

PB/U 0-24 bulan berjenis kelamin Laki-Laki

Umur (Bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	44.2	46.1	48.0	49.9	51.8	53.7	55.6
1	48.9	50.8	52.8	54.7	56.7	58.6	60.6
2	52.4	54.4	56.4	58.4	60.4	62.4	64.4
3	55.3	57.3	59.4	61.4	63.5	65.5	67.6
4	57.6	59.7	61.8	63.9	66.0	68.0	70.1
5	59.6	61.7	63.8	65.9	68.0	70.1	72.2
6	61.2	63.3	65.5	67.6	69.8	71.9	74.0
7	62.7	64.8	67.0	69.2	71.3	73.5	75.7
8	64.0	66.2	68.4	70.6	72.8	75.0	77.2
9	65.2	67.5	69.7	72.0	74.2	76.5	78.7
10	65.4	68.7	71.0	73.3	75.6	77.9	80.1
11	67.6	69.9	72.2	74.5	76.9	79.2	81.5
12	69.6	71.0	73.4	75.7	78.1	80.5	82.9
13	69.6	72.1	74.5	76.9	79.3	81.8	84.2
14	70.6	73.1	75.6	78.0	80.5	83.0	85.5
15	71.6	74.1	76.6	79.1	81.7	84.2	86.7
16	72.5	75.0	77.6	80.2	82.8	85.4	88.0
17	73.3	76.0	78.6	81.2	83.9	86.5	89.2
18	74.2	76.9	79.6	82.3	85.0	87.7	90.4
19	75.0	77.7	80.5	83.2	86.0	88.8	91.5
20	75.8	78.6	81.4	84.2	87.0	89.8	92.6
21	76.5	79.4	82.3	85.1	88.0	90.9	93.8
22	77.2	80.2	83.1	86.0	89.0	91.9	94.9
23	78.0	81.0	83.9	86.9	89.9	92.9	95.9
24*	78.7	81.7	84.8	87.8	90.9	93.9	97.0

TB/U 25-60 bulan berjenis kelamin Laki-Laki

Umur (Bulan)	Tinggi Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
24 *	78.0	81.0	84.1	87.1	90.2	93.2	96.3
25	78.6	81.7	84.9	88.0	91.1	94.2	97.3
26	79.3	82.5	85.6	88.8	92.0	95.2	98.3
27	79.9	83.1	86.4	89.6	92.9	96.1	99.3
28	80.5	83.8	87.1	90.4	93.7	97.0	100.3
29	81.1	84.5	87.8	91.2	94.5	97.9	101.2
30	81.7	85.1	88.5	91.9	95.3	98.7	102.1
31	82.3	85.7	89.2	92.7	96.1	99.6	103.0
32	82.8	86.4	89.9	93.4	96.9	100.4	103.9
33	83.4	86.9	90.5	94.1	97.6	101.2	104.8
34	83.9	87.5	91.1	94.8	98.4	102.0	105.6
35	84.4	88.1	91.8	95.4	99.1	102.7	106.4
36	85.0	88.7	92.4	96.1	99.8	103.5	107.2
37	85.5	89.2	93.0	96.7	100.5	104.2	108.0
38	86.0	89.8	93.6	97.4	101.2	105.0	108.8
39	86.5	90.3	94.2	98.0	101.8	105.7	109.5
40	87.0	90.9	94.7	98.6	102.5	106.4	110.3
41	87.5	91.4	95.3	99.2	103.2	107.1	111.0
42	88.0	91.9	95.9	99.9	103.8	107.8	111.7
43	88.4	92.4	96.4	100.4	104.5	108.5	112.5
44	88.9	93.0	97.0	101.0	105.1	109.1	113.2
45	89.4	93.5	97.5	101.6	105.7	109.8	113.9
46	89.8	94.0	98.1	102.2	106.3	110.4	114.6
47	90.3	94.4	98.6	102.8	106.9	111.1	115.2
48	90.7	94.9	99.1	103.3	107.5	111.7	115.9
49	91.2	95.4	99.7	103.9	108.1	112.4	116.6
50	91.6	95.9	100.2	104.4	108.7	113.0	117.3
51	92.1	96.4	100.7	105.0	109.3	113.6	117.9
52	92.5	96.9	101.2	105.6	109.9	114.2	118.6
53	93.0	97.4	101.7	106.1	110.5	114.9	119.2
54	93.4	97.8	102.3	106.7	111.1	115.5	119.9
55	93.9	98.3	102.8	107.2	111.7	116.1	120.6
56	94.3	98.8	103.3	107.8	112.3	116.7	121.2
57	94.7	99.3	103.8	108.3	112.8	117.4	121.9
58	95.2	99.7	104.3	108.9	113.4	118.0	122.6
59	95.6	100.2	104.8	109.4	114.0	118.6	123.2
60	96.1	100.7	105.3	110.0	114.6	119.2	123.9

PB/U 0-24 bulan berjenis kelamin Perempuan

Umur (Bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	43.6	45.4	47.3	49.1	51.0	52.9	54.7
1	47.8	49.8	51.7	53.7	55.6	57.6	59.5
2	51.0	53.0	55.0	57.1	59.1	61.1	63.2
3	53.5	55.6	57.7	59.8	61.9	64.0	66.1
4	55.6	57.8	59.9	62.1	64.3	66.4	68.6
5	57.4	59.6	61.8	64.0	66.2	68.5	70.7
6	58.9	61.2	63.5	65.7	68.0	70.3	72.5
7	60.3	62.7	65.0	67.3	69.6	71.9	74.2
8	61.7	64.0	66.4	68.7	71.1	73.5	75.8
9	62.9	65.3	67.7	70.1	72.6	75.0	77.4
10	64.1	66.5	69.0	71.5	73.9	76.4	78.9
11	65.2	67.7	70.3	72.8	75.3	77.8	80.3
12	66.3	68.9	71.4	74.0	76.6	79.2	81.7
13	67.3	70.0	72.6	75.2	77.8	80.5	83.1
14	68.3	71.0	73.7	76.4	79.1	81.7	84.4
15	69.3	72.0	74.8	77.5	80.2	83.0	85.7
16	70.2	73.0	75.8	78.6	81.4	84.2	87.0
17	71.1	74.0	76.8	79.7	82.5	85.4	88.2
18	72.0	74.9	77.8	80.7	83.6	86.5	89.4
19	72.8	75.8	78.8	81.7	84.7	87.6	90.6
20	73.7	76.7	79.7	82.7	85.7	88.7	91.7
21	74.5	77.5	80.6	83.7	86.7	89.8	92.9
22	75.2	78.4	81.5	84.6	87.7	90.8	94.0
23	76.0	79.2	82.3	85.5	88.7	91.9	95.0
24 *	76.7	80.0	83.2	86.4	89.6	92.9	96.1

TB/U 25-60 bulan berjenis kelamin Perempuan

Umur (Bulan)	Tinggi Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
24 *	76.0	79.3	82.5	85.7	88.9	92.2	95.4
25	76.8	80.0	83.3	86.6	89.9	93.1	96.4
26	77.5	80.8	84.1	87.4	90.8	94.1	97.4
27	78.1	81.5	84.9	88.3	91.7	95.0	98.4
28	78.8	82.2	85.7	89.1	92.5	96.0	99.4
29	79.5	82.9	86.4	89.9	93.4	96.9	100.3
30	80.1	83.6	87.1	90.7	94.2	97.7	101.3
31	80.7	84.3	87.9	91.4	95.0	98.6	102.2
32	81.3	84.9	88.6	92.2	95.8	99.4	103.1
33	81.9	85.6	89.3	92.9	96.6	100.3	103.9
34	82.5	86.2	89.9	93.6	97.4	101.1	104.8
35	83.1	86.8	90.6	94.4	98.1	101.9	105.6
36	83.6	87.4	91.2	95.1	98.9	102.7	106.5
37	84.2	88.0	91.9	95.7	99.6	103.4	107.3
38	84.7	88.6	92.5	96.4	100.3	104.2	108.1
39	85.3	89.2	93.1	97.1	101.0	105.0	108.9
40	85.8	89.8	93.8	97.7	101.7	105.7	109.7
41	86.3	90.4	94.4	98.4	102.4	106.4	110.5
42	86.8	90.9	95.0	99.0	103.1	107.2	111.2
43	87.4	91.5	95.6	99.7	103.8	107.9	112.0
44	87.9	92.0	96.2	100.3	104.5	108.6	112.7
45	88.4	92.5	96.7	100.9	105.1	109.3	113.5
46	88.9	93.1	97.3	101.5	105.8	110.0	114.2
47	89.3	93.6	97.9	102.1	106.4	110.7	114.9
48	89.8	94.1	98.4	102.7	107.0	111.3	115.7
49	90.3	94.6	99.0	103.3	107.7	112.0	116.4
50	90.7	95.1	99.5	103.9	108.3	112.7	117.1
51	91.2	95.6	100.1	104.5	108.9	113.3	117.7
52	91.7	96.1	100.6	105.0	109.5	114.0	118.4
53	92.1	96.6	101.1	105.6	110.1	114.6	119.1
54	92.6	97.1	101.6	106.2	110.7	115.2	119.8
55	93.0	97.6	102.2	106.7	111.3	115.9	120.4
56	93.4	98.1	102.7	107.3	111.9	116.5	121.1
57	93.9	98.5	103.2	107.8	112.5	117.1	121.8
58	94.3	99.0	103.7	108.4	113.0	117.7	122.4
59	94.7	99.5	104.2	108.9	113.6	118.3	123.1
60	95.2	99.9	104.7	109.4	114.2	118.9	123.7

Lampiran 10

Tabulasi Data

No	Jenis Kelamin	Pendidikan Ayah	Pendidikan Ibu	Pekerjaan Ayah	Pekerjaan Ibu	Riwayat BBLR	Riwayat Mendapat ASI	Riwayat Masih ASI	Usia Berhenti Menyusui
1	7	7	6	6	1	7	2	2	2
2	9	7	2	1	1	9	1	2	3
3	7	7	6	1	1	7	2	2	1
4	5	5	6	1	1	5	2	2	1
5	9	9	1	6	1	9	1	2	2
6	9	9	1	6	1	9	1	2	2
7	7	7	6	1	1	7	1	2	2
8	7	7	6	1	1	7	2	2	1
9	3	5	6	1	1	3	1	2	1
10	7	7	6	1	1	7	2	2	1
11	7	7	6	6	1	7	2	2	1
12	5	5	6	6	2	5	2	2	1
13	7	7	6	6	1	7	1	2	2
14	7	7	6	1	1	7	1	2	1
15	7	9	6	6	1	7	2	2	1
16	5	5	6	1	1	5	2	2	1
17	5	5	6	1	1	5	2	2	1
18	7	7	6	6	1	7	1	2	2
19	7	9	6	6	1	7	1	2	1
20	7	5	6	1	1	7	1	2	2
21	7	9	6	2	1	7	1	2	3
22	7	7	3	1	1	7	1	2	2
23	7	7	3	1	1	7	1	2	3
24	7	7	6	6	1	7	1	2	3
25	7	7	6	1	1	7	1	2	2
26	7	7	6	1	1	7	2	2	1
27	5	3	6	1	1	5	2	2	3
28	7	7	3	1	1	7	2	2	1
29	9	9	6	1	2	9	2	2	3
30	9	9	6	1	1	9	1	2	3
31	3	3	6	1	1	3	1	2	2
32	7	7	6	1	1	7	1	2	3
33	7	7	6	1	1	7	1	2	3
34	3	7	3	1	1	3	1	2	2
35	7	7	6	6	1	7	1	2	3
36	7	9	6	1	1	7	1	2	3
37	3	3	6	1	1	3	1	2	2
38	5	4	6	1	1	5	1	2	3
39	5	5	6	1	1	5	1	2	3
40	3	3	6	6	1	3	1	2	1
41	7	7	6	1	1	7	1	2	2
42	7	7	6	6	1	7	1	2	2
43	7	7	6	1	1	7	1	2	3
44	7	7	6	1	1	7	1	2	2
45	7	7	6	1	1	7	1	2	3
46	3	3	6	1	1	3	1	2	3
47	7	7	6	1	1	7	1	2	3
48	5	5	6	1	1	5	1	2	3
49	5	5	6	1	1	5	1	2	2
50	7	5	3	1	1	7	1	2	2
51	5	5	6	1	1	5	2	2	1
52	7	7	6	1	1	7	1	2	1
53	7	3	6	1	1	7	1	2	1
54	5	5	6	1	1	5	1	2	1
55	7	5	6	1	1	7	1	2	3
56	9	7	6	6	1	9	1	2	3
57	5	5	6	1	1	5	2	2	1
58	5	3	6	1	1	5	1	2	3
59	7	5	6	1	1	7	2	2	1
60	5	5	6	1	1	5	2	2	1

No	Jenis Kelamin	Pendidikan Ayah	Pendidikan Ibu	Pekerjaan Ayah	Pekerjaan Ibu	Riwayat BBLR	Riwayat Mendapat ASI	Riwayat Masih ASI	Usia Berhenti Menyusui
61	7	5	6	1	1	7	1	2	3
62	5	3	6	1	1	5	1	2	3
63	9	9	2	2	1	9	1	2	2
64	7	3	6	1	1	7	1	2	2
65	7	7	6	1	1	7	1	2	2
66	7	7	6	1	1	7	1	2	2
67	7	7	6	1	1	7	1	2	2
68	7	7	6	1	1	7	1	2	2
69	7	7	3	1	1	7	1	1	2
70	7	5	6	1	1	7	2	2	1
71	5	7	6	1	1	5	1	2	2
72	7	5	3	1	2	7	1	2	3
73	7	7	1	1	1	7	1	2	2
74	7	3	3	3	1	7	1	2	2
75	7	7	6	1	1	7	1	2	3
76	7	7	3	3	1	7	1	2	2
77	7	3	6	6	1	7	1	2	1
78	7	7	6	6	1	7	1	2	3
79	2	3	3	1	1	2	1	2	1
80	7	7	6	6	1	7	1	2	3
81	3	7	6	1	1	3	1	2	3
82	2	7	6	1	1	2	1	2	3
83	3	5	6	1	2	3	1	2	2
84	3	3	3	3	1	3	1	2	3
85	5	5	6	1	1	5	1	2	2
86	3	7	3	1	1	3	1	2	2
87	4	4	6	1	1	4	1	2	2
88	5	5	6	1	1	5	1	2	2
89	2	3	6	1	1	2	1	2	1
90	3	3	3	3	1	3	1	2	2
91	7	7	3	3	1	7	1	2	1
92	3	7	1	3	1	3	1	2	1
93	4	4	1	3	1	4	1	2	3
94	7	5	6	1	1	7	1	2	2
95	5	3	6	1	1	5	1	2	3
96	3	3	3	1	1	3	2	2	2
97	7	7	6	1	1	7	1	2	2
98	7	7	3	1	1	7	1	2	2
99	7	7	3	3	1	7	1	2	2
100	4	4	6	1	1	4	1	2	2
101	3	7	6	1	1	3	1	2	3
102	7	7	3	2	1	7	1	2	3
103	5	7	6	1	1	5	1	2	2
104	7	7	6	1	1	7	1	2	2
105	2	6	6	1	1	2	1	2	2
106	7	7	3	1	1	7	1	2	2
107	7	7	6	1	1	7	1	2	3
108	7	7	6	1	1	7	2	1	1
109	7	5	6	1	2	7	2	2	1
110	7	7	6	1	1	7	1	2	2
111	7	5	6	1	1	7	1	2	2
112	7	7	3	3	1	7	1	1	1
113	7	7	6	1	1	7	1	2	2
114	7	7	3	1	1	7	1	2	3
115	7	7	6	1	1	7	1	2	2
116	5	5	6	1	1	5	1	2	2
117	5	7	6	1	1	5	1	2	2
118	7	7	6	1	1	7	1	2	2
119	7	7	3	1	1	7	2	2	1
120	7	7	3	1	1	7	1	2	2
121	7	7	6	1	1	7	1	2	3
122	9	9	6	6	1	9	1	2	2
123	7	7	6	1	1	7	1	2	2
124	7	7	6	1	1	7	1	2	2
125	7	7	6	1	1	7	1	2	2
126	5	5	6	1	1	5	1	2	1

No	Jenis Kelamin	Pendidikan Ayah	Pendidikan Ibu	Pekerjaan Ayah	Pekerjaan Ibu	Riwayat BBLR	Riwayat Mendapat ASI	Riwayat Masih ASI	Usia Berhenti Menyusui
127	5	5	6	1	1	5	1	2	3
128	7	7	6	1	1	7	1	2	3
129	3	7	6	1	1	3	1	2	2
130	7	7	6	1	1	7	1	2	1
131	7	7	6	1	1	7	1	2	1
132	5	5	6	1	1	5	1	2	1
133	7	7	6	1	1	7	1	2	2
134	7	7	3	3	1	7	1	2	2
135	7	7	6	1	1	7	1	2	1
136	7	5	6	1	1	7	1	2	3
137	7	7	3	1	1	7	2	2	1
138	7	7	6	6	1	7	1	2	3
139	7	7	3	1	1	7	1	2	1
140	7	7	6	1	1	7	1	2	1
141	7	7	6	1	1	7	1	2	3
142	7	7	3	1	1	7	1	2	2
143	7	5	6	1	1	7	1	2	2
144	7	7	6	1	1	7	1	2	3
145	7	5	6	1	1	7	1	2	1

Lanjutan

No	Riwayat Usia Pemberian Minuman selain ASI	Pemberian Susu Formula, Biskuit,dll	Usia Pertama MPASI	Jenis makanan	Imunisasi	ANC	Penyulit ANC	Diare	ISPA
1	1	2	1	2	2	1	1	2	2
2	1	2	1	2	2	1	1	2	2
3	1	2	1	2	1	1	1	2	2
4	1	1	1	2	1	2	1	2	2
5	1	2	1	2	2	1	1	2	2
6	1	2	1	2	2	1	1	2	1
7	1	2	1	2	1	1	1	2	2
8	1	2	1	2	2	1	1	2	1
9	1	1	1	2	2	1	1	2	2
10	1	1	1	2	2	2	1	2	2
11	2	2	1	2	1	2	1	2	2
12	1	2	1	2	1	1	1	2	1
13	2	2	2	2	2	1	1	2	2
14	1	1	1	1	2	1	1	2	1
15	1	1	1	2	1	1	1	2	1
16	1	2	1	2	5	1	1	2	1
17	1	1	1	2	2	1	1	2	2
18	2	2	1	2	1	1	1	2	1
19	1	1	1	2	1	1	1	2	1
20	1	2	1	2	1	1	1	2	2
21	1	1	1	1	4	1	1	2	2
22	1	2	1	2	4	1	1	2	2
23	1	2	1	2	4	1	1	2	2
24	1	2	1	2	1	1	1	2	2
25	1	2	1	2	1	1	1	2	2
26	1	1	1	1	1	1	1	2	2
27	1	2	1	2	1	1	1	2	2
28	1	1	1	2	2	1	1	2	2
29	1	2	1	2	2	1	1	2	1
30	1	2	1	2	1	1	1	2	1
31	1	2	1	2	2	1	1	1	2
32	1	2	1	2	1	1	1	2	2
33	1	2	1	2	1	1	1	2	2
34	2	2	1	2	1	1	1	1	1
35	1	2	1	2	1	1	1	2	1
36	1	2	1	2	4	1	1	2	1
37	1	2	1	2	2	1	1	2	2

No	Riwayat Usia Pemberian Minuman selain ASI	Pemberian Susu Formula, Biskuit,dll	Usia Pertama MPASI	Jenis makanan	Imunisasi	ANC	Penyulit ANC	Diare	ISPA
38	1	2	1	2	2	1	1	2	1
39	1	2	1	2	1	1	1	2	2
40	1	1	1	2	2	1	1	2	2
41	1	2	1	2	4	1	1	2	2
42	1	2	1	2	4	1	1	2	2
43	1	2	1	2	2	1	1	2	2
44	1	2	1	2	2	1	1	2	2
45	1	2	1	2	4	1	1	2	2
46	1	2	1	2	4	1	1	1	2
47	1	2	1	2	3	1	1	1	2
48	1	2	1	2	1	1	1	2	2
49	1	2	1	2	2	1	1	2	1
50	1	2	1	2	2	1	1	1	1
51	1	1	1	1	5	1	1	2	2
52	1	1	1	2	1	1	1	2	2
53	1	1	1	1	2	1	1	2	2
54	2	1	1	1	1	2	1	1	2
55	1	2	1	2	2	2	1	2	2
56	2	2	1	2	1	2	1	2	2
57	2	1	1	2	1	1	1	2	1
58	1	2	1	2	2	1	1	2	1
59	1	1	1	1	1	1	1	2	2
60	1	1	1	1	1	1	1	2	2
61	1	2	1	2	2	1	1	1	2
62	1	2	1	2	2	2	1	2	2
63	2	2	1	2	1	1	1	2	2
64	1	2	1	2	2	1	1	2	2
65	1	2	1	2	1	1	1	2	2
66	1	2	1	2	4	1	1	2	2
67	1	2	1	2	2	1	1	2	2
68	1	2	1	2	1	1	1	2	2
69	1	1	1	1	1	1	1	2	2
70	1	1	1	2	1	1	1	1	2
71	1	2	1	2	2	2	1	2	2
72	2	2	1	2	1	2	1	2	2
73	1	2	1	2	1	1	1	2	1
74	1	2	1	2	5	1	1	1	2
75	2	2	1	2	4	1	1	1	2
76	1	2	1	2	3	2	1	1	1
77	2	2	1	2	1	1	1	2	2
78	1	2	1	2	2	2	1	2	2
79	1	2	1	2	1	1	1	2	2
80	2	2	1	2	1	1	1	1	1
81	1	2	1	2	4	1	1	2	2
82	1	2	1	2	1	1	1	2	1
83	1	1	1	1	1	1	1	2	2
84	1	1	1	1	1	1	1	2	2
85	1	2	1	2	1	1	1	2	1
86	1	2	2	2	1	1	1	2	1
87	1	2	1	2	2	1	1	1	1
88	1	2	1	2	1	2	1	2	1
89	1	1	1	2	2	1	1	2	2
90	1	2	1	2	5	1	1	2	2
91	1	1	1	1	1	1	1	2	2
92	1	2	1	2	1	2	1	2	2
93	1	2	1	2	1	1	1	2	2
94	1	2	1	2	4	2	1	2	2
95	1	2	1	2	1	1	1	2	1
96	1	2	2	2	5	2	2	2	2
97	1	2	1	2	1	1	1	1	1
98	2	2	1	2	2	1	1	1	2
99	1	2	1	2	2	1	2	1	2

No	Riwayat Usia Pemeberian Minuman selain ASI	Pemberian Susu Formula, Biskuit,dll	Usia Pertama MPASI	Jenis makanan	Imunisasi	ANC	Penyulit ANC	Diare	ISPA
100	1	2	1	2	5	1	1	2	2
101	1	2	1	2	1	1	1	2	2
102	1	2	1	2	1	1	1	2	2
103	1	2	1	2	2	1	1	2	2
104	2	2	2	2	2	2	1	2	1
105	2	2	1	2	1	1	1	2	2
106	1	2	1	2	1	1	1	2	1
107	1	2	1	2	2	1	1	2	2
108	1	2	1	2	5	1	1	2	1
109	1	1	1	2	1	1	1	2	2
110	1	2	1	2	2	1	1	1	2
111	1	2	1	2	2	1	1	2	1
112	1	2	1	2	2	2	1	1	1
113	1	2	1	2	2	1	1	2	1
114	1	2	1	2	2	2	1	1	2
115	1	2	1	2	1	1	1	2	2
116	1	2	1	2	4	1	1	2	1
117	2	1	1	2	4	1	2	2	2
118	1	2	1	2	1	1	1	1	2
119	1	2	1	1	5	1	1	2	2
120	1	2	1	2	1	1	1	2	2
121	1	2	1	2	1	1	1	2	2
122	1	2	1	2	1	1	1	1	2
123	1	2	1	2	1	1	1	1	2
124	1	2	1	2	4	2	1	2	2
125	1	2	1	2	1	2	1	1	2
126	1	1	1	2	1	1	1	1	1
127	1	2	1	2	4	1	1	2	1
128	1	2	1	2	4	2	1	1	1
129	1	2	1	2	1	1	1	2	2
130	1	1	1	2	1	2	1	2	1
131	1	1	1	2	1	2	1	2	1
132	1	1	1	2	1	1	1	1	2
133	1	2	1	2	1	2	1	2	2
134	1	2	1	2	4	1	1	2	2
135	1	1	1	2	1	1	1	1	2
136	1	2	1	2	1	1	1	2	2
137	1	2	1	2	1	1	1	2	2
138	1	2	1	2	1	1	1	2	2
139	1	1	1	2	1	1	1	2	2
140	1	1	1	2	1	2	1	2	1
141	1	2	1	2	1	1	1	2	1
142	1	2	1	2	1	1	1	2	2
143	1	2	1	2	4	1	1	2	2
144	1	2	1	2	2	1	1	2	2
145	1	1	1	2	1	1	1	2	2

Lanjutan

No	Sanitasi	Sumber air Bersih	Penghasilan Keluarga	Derajat Stunting	Perkembangan Motorik Halus
1	1	1	4	1	2
2	1	1	4	1	2
3	1	1	3	1	1
4	1	1	2	3	2
5	1	1	3	2	2
6	1	1	3	1	2
7	1	1	3	1	2
8	1	1	4	3	2
9	1	1	2	3	2
10	1	1	2	3	2
11	1	1	4	2	2
12	1	1	3	3	2
13	1	1	4	1	1
14	1	1	4	2	2
15	1	1	4	1	1
16	1	1	3	1	2
17	1	1	3	2	2
18	1	1	3	1	1
19	1	1	4	3	2
20	1	1	2	1	1
21	1	1	4	2	1
22	1	1	3	3	2
23	1	1	3	3	1
24	1	1	4	3	2
25	1	1	4	2	2
26	1	1	3	3	2
27	1	1	2	2	1
28	1	1	3	3	2
29	1	1	4	1	2
30	1	1	4	2	2
31	1	1	4	3	2
32	1	1	4	3	2
33	1	1	3	3	2
34	1	1	3	1	2
35	1	1	3	1	1
36	1	1	4	1	1
37	1	1	2	3	2
38	1	1	3	3	2
39	1	1	4	2	1
40	1	1	3	1	1
41	1	1	3	3	2
42	1	1	4	2	2
43	1	1	4	3	2
44	1	1	3	2	2
45	1	1	4	1	2
46	1	1	4	1	1
47	1	1	4	1	2
48	1	1	4	2	2
49	1	1	3	3	2
50	1	1	4	1	2
51	1	1	3	2	2
52	1	1	3	3	2
53	1	1	4	2	2
54	1	1	3	2	2
55	1	1	3	1	2
56	1	1	3	2	1
57	1	1	4	3	2
58	1	1	4	3	2
59	1	1	2	2	1
60	1	1	3	2	2
61	1	1	4	1	2
62	1	1	3	2	1
63	1	1	4	2	2
64	1	1	4	1	1
65	1	1	4	3	2

No	Sanitasi	Sumber air Bersih	Penghasilan Keluarga	Derajat Stunting	Perkembangan Motorik Halus
66	1	1	2	3	1
67	1	1	2	2	1
68	1	1	3	1	2
69	1	1	3	3	2
70	1	1	3	1	1
71	1	1	4	2	2
72	1	1	4	3	2
73	1	1	3	3	2
74	1	1	3	3	2
75	1	1	4	3	2
76	1	1	4	3	1
77	1	1	4	3	1
78	1	1	4	3	2
79	1	1	4	3	2
80	1	1	3	3	1
81	1	1	3	1	1
82	1	1	4	3	2
83	1	1	3	3	2
84	1	1	3	3	2
85	1	1	4	2	2
86	1	1	3	3	2
87	1	1	4	1	1
88	1	1	4	3	2
89	1	1	4	1	2
90	1	1	4	3	2
91	1	1	4	3	2
92	1	1	4	2	3
93	1	1	4	1	2
94	1	1	4	3	2
95	1	1	4	3	2
96	1	1	1	3	2
97	1	1	1	3	1
98	1	1	1	1	2
99	1	1	4	3	2
100	1	1	4	3	1
101	1	1	3	3	2
102	1	1	3	3	1
103	1	1	4	3	2
104	1	1	3	3	2
105	1	1	4	3	1
106	1	1	4	3	1
107	1	1	4	3	1
108	1	1	4	3	2
109	1	1	3	3	2
110	1	1	4	3	2
111	1	1	4	2	2
112	1	1	4	1	2
113	1	1	4	3	2
114	1	1	4	3	1
115	1	1	3	2	2
116	1	1	4	1	1
117	1	1	4	3	2
118	1	1	4	3	2
119	1	1	4	3	1
120	1	1	3	2	2
121	1	1	4	3	2
122	1	1	4	3	2
123	1	1	4	3	2
124	1	1	4	3	2
125	1	1	4	2	2
126	1	1	4	3	2
127	1	1	4	3	2
128	1	1	4	3	2
129	1	1	4	3	2
130	1	1	4	3	2
131	1	1	4	3	2
132	1	1	4	3	2
133	1	1	4	3	2

No	Sanitasi	Sumber air Bersih	Penghasilan Keluarga	Derajat Stunting	Perkembangan Motorik Halus
134	1	1	4	2	2
135	1	1	4	2	2
136	1	1	4	3	2
137	1	1	4	3	2
138	1	1	4	3	2
139	1	1	3	3	2
140	1	1	3	3	2
141	1	1	2	3	2
142	1	1	3	3	2
143	1	1	3	3	2
144	1	1	3	3	1
145	1	1	3	3	2

Keterangan :

Lampiran 11

Hasil Frekuensi Data Umum

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	laki-laki	81	55.9	55.9	
Valid	perempuan	64	44.1	44.1	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Pendidikan Ayah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	SD tidak tamat	4	2.8	2.8	2.8
	SD tamat	15	10.3	10.3	13.1
	SLTP tidak tamat	3	2.1	2.1	15.2
Valid	SLTP tamat	25	17.2	17.2	32.4
	SLTA tamat	90	62.1	62.1	94.5
	PT tamat	8	5.5	5.5	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Pendidikan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	SD tamat	17	11.7	11.7	11.7
	SLTP tidak tamat	4	2.8	2.8	14.5
	SLTP tamat	32	22.1	22.1	36.6
Valid	SLTA tidak tamat	1	.7	.7	37.2
	SLTA tamat	81	55.9	55.9	93.1
	PT tamat	10	6.9	6.9	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Pekerjaan Ayah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	tidak bekerja	5	3.4	3.4	3.4
	PNS/TNI/POLRI	2	1.4	1.4	4.8
Valid	Pedagang	27	18.6	18.6	23.4
	Jual Jasa dll	111	76.6	76.6	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Pekerjaan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	tidak bekerja	113	77.9	77.9	77.9
	PNS/TNI/POLRI	3	2.1	2.1	80.0
Valid	Pedagang	10	6.9	6.9	86.9
	Jual Jasa dll	19	13.1	13.1	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Berat Badan Lahir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Normal (>2500gr)	140	96.6	96.6	96.6
Valid	Rendah (<2500gr)	5	3.4	3.4	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Riwayat Anak Mendapatkan ASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	121	83.4	83.4	83.4
	Tidak	24	16.6	16.6	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Balita Yang Masih Mendapat ASI Sampai Saat Ini

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	3	2.1	2.1	2.1
	Tidak	142	97.9	97.9	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Balita tidak mendapatkan makanan/minuman selain ASI dr usia 6 bln atau <6 bulan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	88	60.7	60.7	60.7
	Tidak	57	39.3	39.3	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Balita Diberikan Air Putih/Teh Selain ASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	129	89.0	89.0	89.0
	Tidak	16	11.0	11.0	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Usia Pemberian Minuman Selain ASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<6 bulan	34	23.4	23.4	23.4
	>6 bulan	111	76.6	76.6	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Balita diberi makanan/minuman seperti susu formula, biskuit dll

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	141	97.2	97.2	97.2
	Tidak	4	2.8	2.8	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

usia MPASI pertama kali

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<6 bulan	13	9.0	9.0	9.0
	>6 bulan	132	91.0	91.0	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Jenis Makanan yg mulai diberikan pada Balita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bubur nasi	74	51.0	51.0	51.0
	bubur susu	42	29.0	29.0	80.0
	cerelaks	2	1.4	1.4	81.4
	biskuit	19	13.1	13.1	94.5
	dan lain-lain	8	5.5	5.5	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Status Imunisasi Balita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	lengkap	120	82.8	82.8	82.8
	tidak lengkap	25	17.2	17.2	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

saat ibu hamil anak melakukan pemeriksaan ANC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rutin	142	97.9	97.9	97.9
	jarang	3	2.1	2.1	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Penyulit ANC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ada	27	18.6	18.6	18.6
	tidak ada	118	81.4	81.4	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Penyakit Infeksi Diare yang dialami Balita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	42	29.0	29.0	29.0
	Tidak	103	71.0	71.0	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Penyakit Infeksi ISPA yang dialami Balita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	111	76.6	76.6	76.6
	Tidak	34	23.4	23.4	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Sanitasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ada	145	100.0	100.0	100.0

Sumber Air Bersih

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	145	100.0	100.0	100.0

Penghasilan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rp <500.000	3	2.1	2.1	2.1
	Rp 500.000-1.000.000	10	6.9	6.9	9.0
	Rp 1.000.000-1.133.000	49	33.8	33.8	42.8
	Rp >1.133.000	83	57.2	57.2	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Lampiran 12

Hasil Frekuensi Data Khusus

Derajat Stunting

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mild Stunting	31	21.4	21.4	21.4
	Moderate Stunting	30	20.7	20.7	42.1
	Severe Stunting	84	57.9	57.9	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Perkembangan Motorik Halus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	35	24.1	24.1	24.1
	Suspect/dicurigai ada keterlambatan	109	75.2	75.2	99.3
	Untestable	1	.7	.7	100.0
	Total	145	100.0	100.0	

Lampiran 13

Hasil Crosstab Derajat Stunting Dengan Data Demografi

Derajat Stunting * Pendidikan Ibu Crosstabulation

			Pendidikan Ibu					Total	
			SD tamat	SLTP tidak tamat	SLTP tamat	SLTA tidak tamat	SLTA tamat		PT tamat
Derajat Stunting	Mild Stunting	Count	4	2	7	0	14	4	31
		% within Derajat Stunting	12.9%	6.5%	22.6%	0.0%	45.2%	12.9%	100.0%
		% within Pendidikan Ibu	23.5%	50.0%	21.9%	0.0%	17.3%	40.0%	21.4%
		% of Total	2.8%	1.4%	4.8%	0.0%	9.7%	2.8%	21.4%
	Moderate Stunting	Count	3	0	9	0	14	4	30
		% within Derajat Stunting	10.0%	0.0%	30.0%	0.0%	46.7%	13.3%	100.0%
		% within Pendidikan Ibu	17.6%	0.0%	28.1%	0.0%	17.3%	40.0%	20.7%
		% of Total	2.1%	0.0%	6.2%	0.0%	9.7%	2.8%	20.7%
	Severe Stunting	Count	10	2	16	1	53	2	84
		% within Derajat Stunting	11.9%	2.4%	19.0%	1.2%	63.1%	2.4%	100.0%
		% within Pendidikan Ibu	58.8%	50.0%	50.0%	100.0%	65.4%	20.0%	57.9%
		% of Total	6.9%	1.4%	11.0%	0.7%	36.6%	1.4%	57.9%
Total	Count	17	4	32	1	81	10	145	
	% within Derajat Stunting	11.7%	2.8%	22.1%	0.7%	55.9%	6.9%	100.0%	
	% within Pendidikan Ibu	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	11.7%	2.8%	22.1%	0.7%	55.9%	6.9%	100.0%	

Derajat Stunting * Penyakit Infeksi ISPA yang dialami Balita Crosstabulation

			Penyakit Infeksi ISPA yang dialami Balita		Total
			Ya	Tidak	
Derajat Stunting	Mild Stunting	Count	22	9	31
		% within Derajat Stunting	71.0%	29.0%	100.0%
		% within Penyakit Infeksi ISPA yang dialami Balita	19.8%	26.5%	21.4%
		% of Total	15.2%	6.2%	21.4%
	Moderate Stunting	Count	22	8	30
		% within Derajat Stunting	73.3%	26.7%	100.0%
		% within Penyakit Infeksi ISPA yang dialami Balita	19.8%	23.5%	20.7%
		% of Total	15.2%	5.5%	20.7%
	Severe Stunting	Count	67	17	84
		% within Derajat Stunting	79.8%	20.2%	100.0%
		% within Penyakit Infeksi ISPA yang dialami Balita	60.4%	50.0%	57.9%
		% of Total	46.2%	11.7%	57.9%
Total	Count	111	34	145	
	% within Derajat Stunting	76.6%	23.4%	100.0%	
	% within Penyakit Infeksi ISPA yang dialami Balita	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	76.6%	23.4%	100.0%	

Derajat Stunting * Riwayat Anak Mendapatkan ASI Crosstabulation

			Riwayat Anak Mendapatkan ASI		Total
			Ya	Tidak	
Derajat Stunting	Mild Stunting	Count	25	6	31
		% within Derajat Stunting	80.6%	19.4%	100.0%
		% within Riwayat Anak Mendapatkan ASI	20.7%	25.0%	21.4%
		% of Total	17.2%	4.1%	21.4%
	Moderate Stunting	Count	24	6	30
		% within Derajat Stunting	80.0%	20.0%	100.0%
		% within Riwayat Anak Mendapatkan ASI	19.8%	25.0%	20.7%
		% of Total	16.6%	4.1%	20.7%
	Severe Stunting	Count	72	12	84
		% within Derajat Stunting	85.7%	14.3%	100.0%
		% within Riwayat Anak Mendapatkan ASI	59.5%	50.0%	57.9%
		% of Total	49.7%	8.3%	57.9%
Total	Count	121	24	145	
	% within Derajat Stunting	83.4%	16.6%	100.0%	
	% within Riwayat Anak Mendapatkan ASI	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	83.4%	16.6%	100.0%	

Derajat Stunting * Balita Diberikan Air Putih/Teh Selain ASI Crosstabulation

			Balita Diberikan Air Putih/Teh Selain ASI		Total
			Ya	Tidak	
Derajat Stunting	Mild Stunting	Count	27	4	31
		% within Derajat Stunting	87.1%	12.9%	100.0%
		% within Balita Diberikan Air Putih/Teh Selain ASI	20.9%	25.0%	21.4%
		% of Total	18.6%	2.8%	21.4%
	Moderate Stunting	Count	26	4	30
		% within Derajat Stunting	86.7%	13.3%	100.0%
		% within Balita Diberikan Air Putih/Teh Selain ASI	20.2%	25.0%	20.7%
		% of Total	17.9%	2.8%	20.7%
	Severe Stunting	Count	76	8	84
		% within Derajat Stunting	90.5%	9.5%	100.0%
		% within Balita Diberikan Air Putih/Teh Selain ASI	58.9%	50.0%	57.9%
		% of Total	52.4%	5.5%	57.9%
Total	Count	129	16	145	
	% within Derajat Stunting	89.0%	11.0%	100.0%	
	% within Balita Diberikan Air Putih/Teh Selain ASI	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	89.0%	11.0%	100.0%	

Derajat Stunting * Berat Badan Lahir Crosstabulation

			Berat Badan Lahir		Total
			Normal (>2500gr)	Rendah (<2500gr)	
Derajat Stunting	Mild Stunting	Count	30	1	31
		% within Derajat Stunting	96.8%	3.2%	100.0%
		% within Berat Badan Lahir	21.4%	20.0%	21.4%
	Moderate Stunting	% of Total	20.7%	0.7%	21.4%
		Count	30	0	30
		% within Derajat Stunting	100.0%	0.0%	100.0%
	Severe Stunting	% within Berat Badan Lahir	21.4%	0.0%	20.7%
		% of Total	20.7%	0.0%	20.7%
		Count	80	4	84
	Total	% within Derajat Stunting	95.2%	4.8%	100.0%
		% within Berat Badan Lahir	57.1%	80.0%	57.9%
		% of Total	55.2%	2.8%	57.9%
Total	Count	140	5	145	
	% within Derajat Stunting	96.6%	3.4%	100.0%	
	% within Berat Badan Lahir	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	96.6%	3.4%	100.0%

Derajat Stunting * usia MPASI pertama kali Crosstabulation

			usia MPASI pertama kali		Total
			<6 bulan	>6 bulan	
Derajat Stunting	Mild Stunting	Count	0	31	31
		% within Derajat Stunting	0.0%	100.0%	100.0%
		% within usia MPASI pertama kali	0.0%	23.5%	21.4%
	Moderate Stunting	% of Total	0.0%	21.4%	21.4%
		Count	7	23	30
		% within Derajat Stunting	23.3%	76.7%	100.0%
	Severe Stunting	% within usia MPASI pertama kali	53.8%	17.4%	20.7%
		% of Total	4.8%	15.9%	20.7%
		Count	6	78	84
	Total	% within Derajat Stunting	7.1%	92.9%	100.0%
		% within usia MPASI pertama kali	46.2%	59.1%	57.9%
		% of Total	4.1%	53.8%	57.9%
Total	Count	13	132	145	
	% within Derajat Stunting	9.0%	91.0%	100.0%	
	% within usia MPASI pertama kali	100.0%	100.0%	100.0%	
		% of Total	9.0%	91.0%	100.0%

Derajat Stunting * Status Imunisasi Balita Crosstabulation

			Status Imunisasi Balita		Total
			lengkap	tidak lengkap	
Derajat Stunting	Mild Stunting	Count	29	2	31
		% within Derajat Stunting	93.5%	6.5%	100.0%
		% within Status Imunisasi Balita	24.2%	8.0%	21.4%
		% of Total	20.0%	1.4%	21.4%
	Moderate Stunting	Count	23	7	30
		% within Derajat Stunting	76.7%	23.3%	100.0%
		% within Status Imunisasi Balita	19.2%	28.0%	20.7%
		% of Total	15.9%	4.8%	20.7%
	Severe Stunting	Count	68	16	84
		% within Derajat Stunting	81.0%	19.0%	100.0%
		% within Status Imunisasi Balita	56.7%	64.0%	57.9%
		% of Total	46.9%	11.0%	57.9%
Total	Count	120	25	145	
	% within Derajat Stunting	82.8%	17.2%	100.0%	
	% within Status Imunisasi Balita	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	82.8%	17.2%	100.0%	

Derajat Stunting * Jenis Makanan yg mulai diberikan pada Balita Crosstabulation

			Jenis Makanan yg mulai diberikan pada Balita					Total
			bubur nasi	bubur susu	cerelaks	biskuit	dan lain-lain	
Derajat Stunting	Mild Stunting	Count	10	14	1	5	1	31
		% within Derajat Stunting	32.3%	45.2%	3.2%	16.1%	3.2%	100.0%
		% within Jenis Makanan yg mulai diberikan pada Balita	13.5%	33.3%	50.0%	26.3%	12.5%	21.4%
		% of Total	6.9%	9.7%	0.7%	3.4%	0.7%	21.4%
	Moderate Stunting	Count	17	9	0	3	1	30
		% within Derajat Stunting	56.7%	30.0%	0.0%	10.0%	3.3%	100.0%
		% within Jenis Makanan yg mulai diberikan pada Balita	23.0%	21.4%	0.0%	15.8%	12.5%	20.7%
		% of Total	11.7%	6.2%	0.0%	2.1%	0.7%	20.7%
	Severe Stunting	Count	47	19	1	11	6	84
		% within Derajat Stunting	56.0%	22.6%	1.2%	13.1%	7.1%	100.0%
		% within Jenis Makanan yg mulai diberikan pada Balita	63.5%	45.2%	50.0%	57.9%	75.0%	57.9%
		% of Total	32.4%	13.1%	0.7%	7.6%	4.1%	57.9%
Total	Count	74	42	2	19	8	145	
	% within Derajat Stunting	51.0%	29.0%	1.4%	13.1%	5.5%	100.0%	
	% within Jenis Makanan yg mulai diberikan pada Balita	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	51.0%	29.0%	1.4%	13.1%	5.5%	100.0%	

Derajat Stunting * Penghasilan Keluarga Crosstabulation

			Penghasilan Keluarga				Total
			Rp <500.000	Rp 500.000- 1.000.000	Rp 1.000.000- 1.133.000	Rp >1.133.000	
Derajat Stunting	Mild Stunting	Count	1	1	12	17	31
		% within Derajat Stunting	3.2%	3.2%	38.7%	54.8%	100.0%
		% within Penghasilan Keluarga	33.3%	10.0%	24.5%	20.5%	21.4%
		% of Total	0.7%	0.7%	8.3%	11.7%	21.4%
	Moderate Stunting	Count	0	3	10	17	30
		% within Derajat Stunting	0.0%	10.0%	33.3%	56.7%	100.0%
		% within Penghasilan Keluarga	0.0%	30.0%	20.4%	20.5%	20.7%
		% of Total	0.0%	2.1%	6.9%	11.7%	20.7%
	Severe Stunting	Count	2	6	27	49	84
		% within Derajat Stunting	2.4%	7.1%	32.1%	58.3%	100.0%
		% within Penghasilan Keluarga	66.7%	60.0%	55.1%	59.0%	57.9%
		% of Total	1.4%	4.1%	18.6%	33.8%	57.9%
Total	Count	3	10	49	83	145	
	% within Derajat Stunting	2.1%	6.9%	33.8%	57.2%	100.0%	
	% within Penghasilan Keluarga	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	2.1%	6.9%	33.8%	57.2%	100.0%	

Lampiran 14

Hasil Crosstab Perkembangan Motorik Halus Dengan Data Demografi

		Perkembangan Motorik Halus * Pendidikan Ibu Crosstabulation						Total	
		Pendidikan Ibu							
		SD tamat	SLTP tidak tamat	SLTP tamat	SLTA tidak tamat	SLTA tamat	PT tamat		
Perkembangan Motorik Halus	Normal	Count	6	2	5	1	18	3	35
		% within Perkembangan Motorik Halus	17.1%	5.7%	14.3%	2.9%	51.4%	8.6%	100.0%
		% within Pendidikan Ibu	35.3%	50.0%	15.6%	100.0%	22.2%	30.0%	24.1%
		% of Total	4.1%	1.4%	3.4%	0.7%	12.4%	2.1%	24.1%
	Suspect/dicurigai ada keterlambatan	Count	11	2	27	0	62	7	109
		% within Perkembangan Motorik Halus	10.1%	1.8%	24.8%	0.0%	56.9%	6.4%	100.0%
		% within Pendidikan Ibu	64.7%	50.0%	84.4%	0.0%	76.5%	70.0%	75.2%
		% of Total	7.6%	1.4%	18.6%	0.0%	42.8%	4.8%	75.2%
	Untestable	Count	0	0	0	0	1	0	1
		% within Perkembangan Motorik Halus	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Pendidikan Ibu	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%	0.7%
		% of Total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.7%
Total	Count	17	4	32	1	81	10	145	
	% within Perkembangan Motorik Halus	11.7%	2.8%	22.1%	0.7%	55.9%	6.9%	100.0%	
	% within Pendidikan Ibu	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	11.7%	2.8%	22.1%	0.7%	55.9%	6.9%	100.0%	

Perkembangan Motorik Halus * Pekerjaan Ibu Crosstabulation

		Pekerjaan Ibu				Total
		tidak bekerja	PNS/TNI/POLRI	Pedagang	Jual Jasa dll	
Normal	Count	24	2	1	8	35
	% within Perkembangan Motorik Halus	68.6%	5.7%	2.9%	22.9%	100.0%
	% within Pekerjaan Ibu	21.2%	66.7%	10.0%	42.1%	24.1%
	% of Total	16.6%	1.4%	0.7%	5.5%	24.1%
	Count	89	1	8	11	109
	% within Perkembangan Motorik Halus	81.7%	0.9%	7.3%	10.1%	100.0%
Perkembangan Motorik Halus Suspect/dicurigai ada keterlambatan	% within Pekerjaan Ibu	78.8%	33.3%	80.0%	57.9%	75.2%
	% of Total	61.4%	0.7%	5.5%	7.6%	75.2%
	Count	0	0	1	0	1
Untestable	% within Perkembangan Motorik Halus	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	% within Pekerjaan Ibu	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	0.7%
	% of Total	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.7%
Total	Count	113	3	10	19	145
	% within Perkembangan Motorik Halus	77.9%	2.1%	6.9%	13.1%	100.0%
	% within Pekerjaan Ibu	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	77.9%	2.1%	6.9%	13.1%	100.0%

Perkembangan Motorik Halus * Penghasilan Keluarga Crosstabulation

		Penghasilan Keluarga				Total	
		Rp <500.000	Rp 500.000- 1.000.000	Rp 1.000.000- 1.133.000	Rp >1.133.000		
Perkembangan Motorik Halus	Normal	Count	1	5	12	17	35
		% within Perkembangan Motorik Halus	2.9%	14.3%	34.3%	48.6%	100.0%
		% within Penghasilan Keluarga	33.3%	50.0%	24.5%	20.5%	24.1%
		% of Total	0.7%	3.4%	8.3%	11.7%	24.1%
	Suspect/dicurigai ada keterlambatan	Count	2	5	37	65	109
		% within Perkembangan Motorik Halus	1.8%	4.6%	33.9%	59.6%	100.0%
		% within Penghasilan Keluarga	66.7%	50.0%	75.5%	78.3%	75.2%
		% of Total	1.4%	3.4%	25.5%	44.8%	75.2%
	Untestable	Count	0	0	0	1	1
		% within Perkembangan Motorik Halus	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Penghasilan Keluarga	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.7%
		% of Total	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.7%
Total	Count	3	10	49	83	145	
	% within Perkembangan Motorik Halus	2.1%	6.9%	33.8%	57.2%	100.0%	
	% within Penghasilan Keluarga	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	2.1%	6.9%	33.8%	57.2%	100.0%	

Lampiran 15

Hasil Spss Uji Spearmen Rho

Hubungan Derajat Stunting Dengan Perkembangan Motorik Halus Anak Toddler

Di Wilayah Pesisir Surabaya

Correlations			
		Derajat Stunting	Perkembangan Motorik Halus
Spearman's rho	Derajat Stunting		
	Correlation Coefficient	1.000	.229**
	Sig. (2-tailed)	.	.006
	N	145	145
	Perkembangan Motorik Halus		
	Correlation Coefficient	.229**	1.000
	Perkembangan Motorik Halus		
	Sig. (2-tailed)	.006	.
	N	145	145

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).