

## **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. Hasil Penelitian**

#### **1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Puskesmas Karangmojo II merupakan salah satu dari dua Puskesmas yang berada di wilayah Kecamatan Karangmojo, Kabupaten Gunungkidul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Program pelayanan kesehatan Puskesmas Karangmojo II terdiri atas Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), meliputi pelayanan kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, pengobatan umum, pelayanan gizi, pelayanan kesehatan gigi dan mulut, pelayanan terpadu bayi dan balita sakit, poliklinik batuk, serta pelayanan farmasi. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) terdiri dari promosi kesehatan dan UKS, kesehatan lingkungan, KIA dan KB, pelayanan gizi, pengendalian dan pemberantasan penyakit (P2P), serta pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular (P2PTM).

Cakupan wilayah Puskesmas Karangmojo II cukup luas dan beragam karakteristik geografis serta demografis, Puskesmas Karangmojo II memiliki peran strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, termasuk dalam pencegahan dan penanganan kasus stunting yaitu upaya dalam mengatasi stunting yang telah dilakukan oleh Puskesmas Karangmojo II penyuluhan gizi, penyuluhan pemberian Asi eksklusif, PMT dengan olahan berbeda setiap harinya dan puskesmas akan melakukan upaya baru dimana yang akan diimplementasikan yaitu genting/orangtua asuh balita stunting namun tidak sepenuhnya hanya membantu makanan balita stunting atau membantu membuat jamban dan spal serta rujukan balita stunting/masalah gizi komposit ke Rumah Sakit.

## 2. Analisis Univariat

### a. Karakteristik Responden

Distribusi Karakteristik responden penelitian ini dikategorikan jenis kelamin usia, balita serta pendidikan orangtua, status pekerjaan orangtua balita, pendapatan keluarga dan yang diuraikan sebagai berikut:

**Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Zscore Berdasarkan Karakteristik Pada Balita Stunting Di Puskesmas Karangmojo II Kabupaten Gunung Kidul (n= 66)**

Karakteristik	Zscore		Total
	Pendek (- 3 SD sd < -2 SD)	Sangat Pendek ( < - 3 SD)	
<b>Jenis Kelamin Balita</b>			
Laki-Laki	19	24	43
Perempuan	13	10	23
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>66</b>
<b>Usia Balita</b>			
Usia 6-8 bulan	2	0	2
Usia 9-11 bulan	2	1	3
Usia 12-14 bulan	2	3	5
Usia 18-20 bulan	1	1	2
Usia 21-23 bulan	0	4	4
Usia 24-29 bulan	4	1	5
Usia 30-35 bulan	0	5	5
Usia 36-41 bulan	7	6	13
Usia 42-47 bulan	3	2	5
Usia 48-53 bulan	0	3	3
Usia 54-59 bulan	6	5	11
Usia 60 bulan	5	3	8
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>66</b>
<b>BBLahir</b>			
<2500 gr (BBLR)	15	19	34
≥2500 gr (Tidak BBLR)	17	15	32
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>66</b>
<b>ASI Eksklusif</b>			
ASI Eksklusif	16	15	31
Tidak ASI eksklusif	16	19	35
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>66</b>
<b>Pendidikan Ibu</b>			
SD	13	9	22
SMP	9	16	25
SMA/SMK/SLTA	9	8	17
SARJANA	1	1	2
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>66</b>

<b>Pekerjaan Ibu</b>			
Petani	0	1	1
Wiraswasta	2	0	2
Wirausaha	2	3	5
Buruh	11	7	18
PNS	1	0	1
IRT	16	23	39
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>66</b>
<b>Pendapatan Keluarga</b>			
≤UMK (2.330.263)	29	34	63
>UMK (2.330.263)	3	0	3
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>66</b>

Sumber: Data Primer 2025

Pada tabel 4.1 dapat diketahui gambaran karakteristik berdasarkan jenis kelamin mayoritas berjenis kelamin laki-laki yaitu 43 responden (65,52%) dengan kategori sangat pendek 24 responden. Sebagian besar pada rentang usia 36-41 bulan yaitu sebanyak 13 responden (19,7%) dengan kategori sangat pendek 6 responden. Balita Tidak ASI Eksklusif sebagian besar 35 responden (53,0%) dengan kategori sangat pendek 19 responden. Jumlah balita dengan BBLR 34 responden (51,5%) dengan kategori sangat pendek 19 responden. Karakteristik ibu berdasarkan balita stunting Sebagian besar pendidikan terakhir ibu SMP yaitu 25 responden (37,9%) dengan kategori balita sangat pendek 16 responden. Status pekerjaan ibu sebagian besar IRT yaitu 39 responden (59,1%) dengan kategori balita sangat pendek 23 responden. Sedangkan pendapatan keluarga sebagian besar di  $\leq$  UMK yaitu 63 responden (95,5%) dengan kategori balita sangat pendek 34 responden.

## b. Program Upaya Mengatasi Stunting

**Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Program Upaya mengatasi Stunting Berdasarkan PMT dan Usia Balita Stunting di Puskesmas Karangmojo II Kabupaten Gunung Kidul**

Usia	PMT		Total
	Ya	Tidak	
6-8 bulan	0	2	2
9-11 bulan	3	0	3
12-14 bulan	0	5	5
18-20 bulan	2	0	2
21-23 bulan	4	0	4
24-29 bulan	5	0	5
30-35 bulan	5	0	5
36-41 bulan	13	0	13
42-47 bulan	3	2	5
48-53 bulan	3	0	3
54-59 bulan	10	1	11
60 bulan	8	0	8
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>10</b>	<b>66</b>

  

Usia	PMT Dimakan			Total
	Dihabiskan	Dihabiskan 1/2	Tidak Dimakan	
6-8 bulan	0	0	2	2
9-11 bulan	2	1	0	3
12-14 bulan	0	0	5	5
18-20 bulan	1	1	0	2
21-23 bulan	2	2	0	4
24-29 bulan	0	5	0	5
30-35 bulan	2	2	1	5
36-41 bulan	9	4	0	13
42-47 bulan	0	3	2	5
48-53 bulan	1	2	0	3
54-59 bulan	2	7	2	11
60 bulan	3	4	1	8
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>13</b>	<b>66</b>

Sumber: Data Primer 2025

Pada tabel 4.2 dapat diketahui mayoritas balita stunting mendapatkan Pemberian Makanan Tambahan yaitu 56 responden (84,8%) dan sebagian besar dimakan 1/2 yaitu 31 responden (47,0%).

### c. Gambaran Pertumbuhan Balita Stunting

**Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Pertumbuhan Berdasarkan TB/U Balita Stunting Usia 0-60 bulan di puskesmas Krangmojo II Kabupaten Gunung Kidul**

Kategori TB/U	Frekuensi	Persentase %
<b>Zscore</b>		
Pendek (< - 3SD sd – 2 SD)	32	48,5
Sangat Pendek (< - 3 SD)	34	51,5
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer 2025

Pada tabel 4.3 pertumbuhan berdasarkan TB/U jumlah balita lebih banyak kategori sangat pendek yaitu 34 responden (51,5 %).

### d. Gambaran Perkembangan Balita Stunting

**Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Perkembangan Berdasarkan KPSP Balita Stunting di Puskesmas Krangmojo II Kabupaten Gunung Kidul**

Perkembangan	Meragukan	Penyimpangan	Total
Gerak Halus	4	0	4
Gerak Kasar	6	2	8
Bahasa dan Bicara	28	5	33
Sosialisasi Kemandirian	7	2	9
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer 2025

Pada tabel 4.4 didapatkan hasil pemeriksaan perkembangan bahwa sebagian besar responden yang meragukan sebanyak 45 responden (68,2%) dalam penilaian menggunakan kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) ditemukan bahwa 28 responden mengalami keterlambatan pada bahasa dan bicara. Sedangkan 9 responden (13,6%) yang mengalami kemungkinan adanya penyimpangan dalam penilaian menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) ditemukan 5 responden mengalami keterlambatan bahasa dan bicara.

## B. Pembahasan

### 1. Gambaran Karakteristik Responden

#### a. Jenis Kelamin Balita

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data pada saat penelitian, didapatkan hasil yakni karakteristik responden menurut jenis kelamin pada tabel 4.1 di ketahui bahwa dari keseluruhan responden pada penelitian ini mayoritas dalam jenis kelamin yaitu laki-laki dengan jumlah responden 43 responden (65,52%). Pada jenis kelamin laki-laki dalam data *crosstabel* diketahui bahwa balita dengan kategori sangat pendek sebanyak 24 responden. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Auliana, dkk pada 2020 menunjukkan bahwa jenis kelamin yang mengalami stunting lebih banyak laki-laki dengan presentase sebesar 44 responden (60,3%) dan anak perempuan dengan presentase lebih rendah yaitu 29 responden (39,7%) (Auliana et al., 2020).

Penelitian ini juga sejalan dengan (Hapsari & Burhannudin, 2021) menunjukkan jenis kelamin terbanyak responden adalah balita laki-laki sebanyak 38 responden (54,3%). Jenis kelamin salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian stunting pada balita. Perempuan lebih banyak mengandung lemak dalam tubuhnya yang berarti bahwa lebih banyak jaringan tidak aktif dalam tubuhnya meskipun berat badan yang sama dengan anak laki-laki. Energi yang diperlukan 10 persen lebih rendah dari laki-laki. Kebutuhan gizi anak laki-laki lebih besar dari perempuan (Alfiah & Setiyabudi, 2020). Anak laki-laki cenderung memiliki proporsi tubuh lebih besar dan pola aktivitasnya lebih berat dibanding anak perempuan oleh karena itu kebutuhan nutrisinya juga lebih banyak (Rufaida et al., 2020).

b. Usia Balita

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data pada saat penelitian, didapatkan hasil yakni karakteristik responden menurut umur pada tabel 4.1 di ketahui bahwa keseluruhan responden pada usia sebagian besar pada rentang usia 36-41 bulan yaitu sebanyak 13 responden (19,7%). Pada rentang usia dalam data *crosstabel* diketahui bahwa dengan kategori balita sangat pendek sebanyak 6 responden. Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh (Shodikin et al., 2023) dengan hasil kategori balita sangat pendek sebanyak 29 responden (50,9%). Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan (Purnama AL et al., 2021) menunjukkan bahwa sebagian besar balita mengalami stunting dengan kategori sangat pendek sebanyak 21 responden (70%). balita yang mengalami stunting lebih rentan mengalami stunting pada usia 36-47 bulan yang diakibatkan karena masalah gangguan asupan gizi kronis yang berlangsung dalam kurun waktu yang lama, sehingga dampak pada tahapan kelompok usia ini lebih dominan dibandingkan dengan usia di bawahnya yakni 12-24 bulan dan sesudahnya yakni 48-59 bulan (Purnama AL et al., 2021).

Aspek dalam proses perkembangan anak diusia 36-47 bulan yang dimana anak seharusnya pada tahapan gerak kasar sudah bisa berdiri pada satu kaki 1-5 detik, melompat dengan satu kaki, membuat posisi merangkak. Gerak halus memiliki kemampuan menggoyangkan jari-jari kaki, menggambar dua atau tiga bagian, menggambar orang, mampu menjepit benda, melambaikan tangan dan sebagainya. Bahasa dan bicara diawali mampu menyebut hingga empat gambar, menyebut satu hingga dua warna, menyebutkan kegunaan benda, menghitung, mengartikan dua kata, meniru berbagai bunyi, mengerti larangan dan sebagainya. Sosialisasi kemandirian dapat bermain dengan permainan sederhana, mengenali anggota keluarganya, menangis jika dimarahi, membuat permintaan yang sederhana dengan gaya tubuh, 4 pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita menunjukkan

peningkatan kecemasan terhadap perpisahan dan sebagainya (Soetjiningsih, 2016).

Salah satu faktor yang mempengaruhi pertumbuhan adalah usia, kecepatan pertumbuhan yang pesat pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja. Pada masa balita kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik kasar dan halus serta fungsi eksresi. Periode ini juga merupakan masa yang penting bagi anak karena pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada masa balita akan menentukan dan mempengaruhi tumbuh kembang anak selanjutnya. Pada masa ini perkembangan kemampuan bicara dan bahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan menjadi acuan untuk melaju ke tahap berikutnya (Sutini, 2020).

c. ASI Eksklusif

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data pada saat penelitian, didapatkan hasil yakni karakteristik responden riwayat pemberian ASI Eksklusif pada tabel 4.1 di ketahui bahwa mayoritas responden tidak ASI Eksklusif sebanyak 35 responden (53,0%) dengan kategori balita sangat pendek 19 responden. Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh (Safa et al., 2023) bahwa balita tidak ASI Eksklusif sebanyak 23 responden (51,1%). Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan (Eka Ghina et al., 2023) dengan hasil paling banyak tidak diberikan ASI Eksklusif yakni 30 responden (55,6%).

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lainnya pada bayi berumur nol sampai enam bulan (0-6 bulan). Bayi hanya diberi ASI tanpa makanan atau minuman lain termasuk air putih, kecuali obat, vitamin, mineral, dan ASI yang dipompa. Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyarankan pemberian ASI eksklusif ada enam bulan pertama usia bayi. ASI menyediakan semua energi dan nutrisi yang dibutuhkan oleh bayi selama enam bulan

pertama kehidupannya. ASI memberikan banyak manfaat bagi ketahanan, pertumbuhan, dan perkembangan bayi (Sudargo & Kusmayanti, 2021).

Asi sangat bermanfaat bagi bayi melindungi dari infeksi gastrointestinal, melindungi dari penyakit kronis, meningkatkan perkembangan otak serta dapat mengurangi terjadinya diabetes yang tinggi serta obesitas pada bayi. Selain itu, manfaat ASI juga bisa tidak menyebabkan bayi kekurangan zat besi. ASI bersifat praktis, murah, bersih, dan mudah diberikan pada bayi (Haryono & Setianingsih, 2016).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Azahra, 2022) bahwa cakupan pemberian ASI Eksklusif belum mencapai target dari pemerintah yaitu 100%. Ibu belum memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya disebabkan oleh berbagai faktor yaitu, pekerjaan, usia dan pendidikan ibu. Ibu yang bekerja biasanya lebih memilih untuk memberikan susu formula kepada bayinya karena ibu sibuk bekerja dan memiliki waktu yang sedikit untuk berinteraksi dengan bayinya. Untuk faktor usia, usia produktif ibu berpengaruh terhadap produksi ASI yang cukup yaitu berkisar 20-30 tahun. Selain itu dilihat dari perkembangan kematangan wanita pada kelompok usia ini telah memiliki kematangan reproduksi, emosional maupun aspek sosial sehingga usia ini merupakan usia yang sesuai bila menyusui. Sedangkan pendidikan ibu yang rendah dapat berpengaruh pada pengetahuan ibu mengenai pentingnya ASI Eksklusif pada bayi (Azahra, 2022).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada ibu tentang alasan tidak memberikan ASI Eksklusif beberapa ibu menyampaikan karena ASI tidak lancar. Ibu mengatakan mengalami penurunan produksi ASI, lalu mengambil keputusan menambahkan susu formula. Ini mencerminkan kurangnya dukungan laktasi dan rasa cemas berlebihan, yang membuat ibu mengira bayinya tidak cukup kenyang hanya dengan ASI. Ketidaktahuan ibu bahwa tangisan bayi belum tentu menandakan lapar menyebabkan ibu mengambil keputusan memberikan

susu formula, padahal hal tersebut dapat mengganggu keberhasilan ASI eksklusif. Karena kurangnya pemahaman tentang manfaat ASI eksklusif.

Temuan ini menyoroti betapa signifikan peran ASI eksklusif dalam menghindari kejadian stunting dan menjamin pertumbuhan yang sehat pada balita. Kurangnya pemahaman tentang pentingnya ASI eksklusif berpotensi menjadi salah satu faktor penyebab mengapa banyak balita yang mengalami stunting perlunya upaya edukasi yang lebih mendalam kepada ibu dan keluarga mengenai keuntungan dari pemberian ASI eksklusif, baik dalam konteks pertumbuhan fisik maupun kesehatan secara keseluruhan (Septina et al., 2024).

d. Berat Badan Lahir

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data pada saat penelitian, didapatkan hasil yakni karakteristik responden menurut Berat Badan Lahir pada tabel 4.1 di ketahui bahwa keseluruhan responden BBLR yaitu 34 responden (51,5%) dalam kategori balita sangat pendek 19 responden. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sudirman et al., 2024) bahwa balita dengan riwayat BBLR beresiko mengalami stunting sebanyak 38 responden (15,70%).

Kekuatan hubungan BBLR dengan insiden stunting terdapat pada studi ke 4 yang menunjukkan BBLR berisiko 65,444 kali untuk mengalami stunting. Hal ini diperkuat dengan penelitian (Hamzah et al., 2022) menunjukkan bahwa anak yang BBLR berisiko 40,6 kali lebih besar terkena stunting dibandingkan anak yang lahir dengan berat badan normal. Hal ini dikarenakan tidak terpenuhinya asupan nutrisi ibu dengan optimal selama masa kehamilan yang dapat menghambat pertumbuhan janin di dalam kandungan dan berlanjut setelah dilahirkan. Akibat kegagalan anak menyusui pertumbuhan yang seharusnya dicapai pada usianya. Kegagalan tumbuh pada periode usia 2 bulan pertama menunjukkan risiko untuk mengalami gagal tumbuh pada periode

berikutnya. Pada saat berusia 12 bulan, bayi dengan BBLR tidak dapat mencapai panjang badan yang dicapai oleh anak normal, dengan kata lain, kejar tumbuh (*catch up growth*) tidak memadai. Tidak memadainya gagal tumbuh dan kejar tumbuh merupakan suatu keadaan patologis yang menyebabkan kejadian stunting pada balita (Hamzah et al., 2022).

Berat badan saat lahir merupakan ukuran kesehatan gizi selama janin masih dalam kandungan dan merupakan indikasi pertumbuhan dan perkembangan sejak masa kanak-kanak hingga dewasa BBLR disebut sebagai faktor utama dalam meningkatkan angka kematian, kesakitan dan kecacatan pada anak, serta memberikan efek gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak yang bersifat jangka panjang seperti stunting. Penyebab terjadinya BBLR secara umum bersifat multifaktorial. Risiko akan menjadi lebih besar untuk mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa anak-anak jika bayi lahir dengan BBLR. Anak dengan riwayat BBLR memiliki risiko mengalami gangguan pertumbuhan yang akan berlanjut pada 5 tahun pertama kehidupannya jika tidak diimbangi dengan pemberian stimulasi yang lebih. Bayi dengan BBLR yang bertahan hidup pada 2 tahun pertama kehidupannya memiliki risiko untuk mengalami kekurangan gizi dan stunting (Khairati et al., 2024).

e. Pendidikan Terakhir Ibu

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data pada saat penelitian, didapatkan hasil yakni karakteristik responden menurut tingkat pendidikan pada tabel 4.1 di ketahui bahwa keseluruhan responden pada penelitian ini mayoritas ibu berpendidikan SMP yaitu sebanyak 25 responden (37,9%) dengan kategori balita pendek 9 responden dan sangat pendek 16 responden. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Christiana et al., 2022) bahwa sebagian besar ibu balita stunting berpendidikan SMP yakni 22 responden (69%).

Tingkat pendidikan ibu sangat berpengaruh terhadap perilaku ibu dalam mengelola rumah tangga khususnya pola makan keluarganya. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka semakin kecil terhadap kejadian stunting pada baduta. Ibu yang berpendidikan tinggi maka akan lebih mudah memahami dan menerima informasi tentang gizi khususnya dalam memilih atau mengolah makanan yang bergizi sehingga kebutuhan gizi keluarga tercukupi dan sebaliknya apabila pendidikan ibu rendah maka tidak bisa memilih atau mengolah makanan yang bergizi sehingga kebutuhan gizi keluarga tidak tercukupi yang akan berpengaruh terhadap kejadian stunting. Ibu yang memiliki pendidikan rendah maka anaknya akan lebih berisiko terhadap terjadinya stunting (Rusliani et al., 2022).

f. Pekerjaan ibu

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data pada saat penelitian, didapatkan hasil yakni karakteristik responden menurut pekerjaan pada tabel 4.1 di ketahui bahwa keseluruhan responden pada penelitian ini mayoritas ibu IRT yang mana respondennya sebanyak 39 responden (59,1%) dengan kategori balita pendek 16 responden dan sangat pendek 23 responden. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Marlani et al., 2021) menunjukkan bahwa balita yang mengalami stunting sebagian besar IRT sebanyak 83 responden (90,2%). Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh (Maynarti, 2021) dengan hasil paling banyak yaitu responden tidak bekerja (IRT) sebanyak 61 responden (62,9%).

Meskipun banyak ibu yang tidak bekerja, hal ini tidak secara langsung berhubungan dengan kejadian stunting. Ibu tidak bekerja tidak selalu diiringi dengan pola pengasuhan atau pemenuhan gizi yang optimal. Ibu merupakan ibu rumah tangga yang memiliki waktu luang, namun kualitas asupan gizi yang diberikan kepada anak tetap sangat bergantung pada pengetahuan ibu mengenai gizi dan jenis makanan

yang dikonsumsi. faktor ekonomi yang kurang juga memengaruhi kemampuan ibu balita saat menyediakan makanan bergizi. Oleh karena itu, jenis pekerjaan ibu tidak memiliki pengaruh langsung pada status gizi anak (Susilawati, 2022).

g. Pendapatan Keluarga

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data pada saat penelitian, didapatkan hasil yakni karakteristik responden menurut pendapatan keluarga pada tabel 4.1 di ketahui bahwa keseluruhan responden pada penelitian ini sebagian besar pendapatan keluarga dibawah upah minimum kabupaten gunung kidul yaitu 63 responden (95,5%) dengan kategori balita pendek 29 responden dan balita sangat pendek 34 responden. Hal ini sejalan dengan penelitian (Marlani et al., 2021) menunjukkan dimana balita mengalami stunting sebagian besar pada keluarga yang memiliki pendapatan dibawah UMK sebesar 86 responden (93,5%).

Status ekonomi yang rendah dinilai berkontribusi secara signifikan terhadap terjadinya stunting, di mana kondisi ekonomi keluarga yang kurang baik sering kali dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu, terutama dalam pilihan menu makanan yang dikonsumsi akibatnya, asupan makanan menjadi kurang bervariasi dan tidak mampu memenuhi kebutuhan gizi penting yang dibutuhkan untuk pertumbuhan anak, seperti protein, vitamin, dan mineral (Pakpahan, 2021).

Menurut (Marlani et al., 2021) status ekonomi yang rendah berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam mencukupi kebutuhan gizi anak. Pendapatan yang terbatas menyebabkan keluarga kesulitan menyediakan makanan yang beragam dan berkualitas, serta tidak mencukupi kebutuhan nutrisi penting yang dibutuhkan balita untuk pertumbuhan dan perkembangannya.

## 2. Program Upaya Mengatasi Stunting Di Puskesmas Karangmojo II Kabupaten Gunung Kidul

### a. Pemberian Makanan Tambahan

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data pada saat penelitian, didapatkan hasil yakni program upaya mengatasi stunting berdasarkan PMT pada tabel 4.2 di ketahui bahwa keseluruhan responden pada penelitian ini sebagian besar mendapatkan PMT sebanyak 56 responden (84,8%) dan balita yang tidak mendapatkan PMT yaitu balita yang baru saja diketahui mengalami stunting sebanyak 10 responden yang berada pada rentang usia 6-8 bulan (2 responden), 12-14 bulan (5 responden), 42-47 bulan (2 responden) dan 54-59 (1 responden). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Panigoro, 2023) bahwa mayoritas mendapatkan PMT terbanyak yaitu 87 responden (87,9%). Salah satu solusi dalam penanganan stunting dapat di tanggulangi dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT), biscuit, bubur PMT, sop sayuran, bakso dari kelor dan dengan olahan yang berbeda setiap harinya yang diberikan oleh ibu kader. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) adalah upaya memberikan tambahan makanan untuk menambah asupan gizi untuk mencukupi kebutuhan gizi untuk mencukupi kebutuhan gizi agar tercapai status gizi yang baik (Panigoro, 2023).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada ibu tentang alasan tidak mendapatkan PMT beberapa ibu menyampaikan bahwa ibu memiliki keterbatasan ekonomi sehingga tidak dapat mencukupi kebutuhan gizi untuk anaknya. Selain itu, informasi dari kader bahwa belum tersedianya dana program PMT dari Puskesmas. Berdasarkan hal tersebut, maka anak baru terdeteksi stunting dan sangat membutuhkan dukungan gizi, belum mendapatkan program PMT dari puskesmas. Hal ini menghambat intervensi awal yang seharusnya segera diberikan, terutama pada anak yang juga memiliki nafsu makan rendah dan sering sakit.

Peneliti sudah melakukan konfirmasi dengan Puskesmas menyatakan bahwa program PMT belum bisa dilaksanakan karena kami masih menunggu anggaran operasional turun dari dinas kesehatan. Dana ini digunakan untuk pengadaan bahan makanan dan logistik lainnya. Tanpa dana tersebut, kami tidak bisa mulai kegiatan. Sementara itu, pemantauan tetap dilaksanakan pada balita stunting melalui posyandu. Program PMT sangat bergantung pada ketersediaan dana operasional dari pemerintah, khususnya dari Dinas Kesehatan. Keterlambatan pencairan dana menyebabkan program tidak dapat berjalan sesuai jadwal, meskipun kebutuhan di lapangan sudah mendesak. Program PMT tidak bersifat mandiri atau fleksibel, melainkan sangat bergantung pada sistem pendanaan vertikal dari pemerintah. Tanpa pencairan anggaran, kegiatan seperti pengadaan bahan makanan dan distribusi logistik tidak bisa dilakukan.

Setiap bahan PMT memiliki kandungan gizi yang dinilai efektif dalam membantu memperbaiki gizi balita untuk mencegah balita mengalami stunting. Pemberian PMT setiap hari akan membantu memberikan pengetahuan secara tidak langsung pada orangtua bahwa pemenuhan gizi pada setiap anak itu penting sebagai faktor pertumbuhan fisik anak serta sebagai salah satu cara pencegahan anak mengalami stunting atau kekurangan gizi. Dapat dikatakan bahwa asupan makanan bergizi yang tinggi mampu mencukupi proses pertumbuhan balita sehingga dapat meminimalisir terjadinya stunting (Azzaristiya et al., 2023).

b. Pemberian Porsi PMT

Sebagian besar dimakam  $1/2$  yaitu 31 responden (47,0%). Diketahui balita stunting hanya memakan  $1/2$  karena tidak semua balita menyukai olahan makanan tambahan yang diberikan selain itu orangtua kurangnya perhatian dalam menyajikan makanan bergizi yang disukai

anak dapat berdampak pada asupan gizinya. Menurut (Candra, 2020) ), jenis makanan yang dikonsumsi sangat memengaruhi status gizi anak, di mana kualitas makanan dinilai baik apabila menu harian mengandung komposisi yang bergizi, seimbang, dan bervariasi sesuai dengan kebutuhan anak.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada ibu tentang alasan balita hanya menghabiskan PMT 1/2 porsi beberapa ibu menyampaikan bahwa anak belum terbiasa atau sedang nggak selera. Tetapi, meskipun PMT tidak habis orang tua tetap memberikan PMT kembali. Dalam hal ini asumsi peneliti menekankan bahwa peran ibu sangat penting sebagai keberlanjutan PMT, bahkan saat hasilnya belum terlihat langsung. Peran ibu sebagai pemberian makanan tetap dominan, terutama dalam menyikapi kondisi anak yang belum memiliki nafsu makan tinggi.

Selain itu karena waktu pemberian PMT yang tidak tentu sehingga tidak langsung dikonsumsi oleh anak. Menurut asumsi peneliti pernyataan ini memperlihatkan bahwa kurangnya pemahaman ibu mengenai cara penyajian dan penanganan makanan tambahan (PMT) dapat memengaruhi efektivitas program pemberian PMT. Ibu khawatir proses pemanasan ulang dapat mengurangi kandungan gizi makanan, sehingga lebih memilih memberikannya dalam kondisi dingin. Hal ini menunjukkan adanya mispersepsi atau ketidaktahuan tentang praktik pengolahan makanan yang tepat, yang pada akhirnya menyebabkan anak tidak mau mengonsumsi PMT dan asupan gizinya tidak optimal. Temuan ini memperkuat pentingnya peran pengetahuan dan perilaku pengasuh dalam keberhasilan suatu intervensi kesehatan masyarakat. Dalam konteks pemberian PMT, tidak cukup hanya menyediakan makanan bergizi tanpa memastikan bahwa makanan tersebut dikonsumsi anak dalam kondisi yang layak dan menarik.

Ibu balita dalam hal ini tidak memahami bahwa makanan dapat dihangatkan kembali dengan cara yang aman tanpa merusak kandungan gizinya, misalnya dengan menggunakan api kecil dan tidak terlalu lama. Akibat dari kekeliruan ini, anak menolak mengonsumsi makanan karena tidak sesuai dengan selernya (misalnya karena dingin), dan akhirnya tujuan dari program PMT tidak tercapai secara optimal. Temuan ini juga menggarisbawahi pentingnya tidak hanya memberikan PMT sebagai bentuk intervensi gizi, tetapi juga menyertakan edukasi dan pembinaan teknis secara langsung kepada ibu atau pengasuh tentang cara penyajian, penyimpanan, dan pemanasan makanan yang tepat. Tanpa pendampingan edukatif tersebut, besar kemungkinan bantuan yang diberikan tidak akan memberikan dampak maksimal terhadap peningkatan status gizi anak.

Pola asuh ibu merupakan perilaku ibu dalam merawat ataupun menjaga anaknya. Perilaku ibu diantaranya berperan dalam memberikan air susu ibu atau memberi makanan pendamping, mengajarkan tatacara makan yang benar, memberikan makanan yang bernilai gizi tinggi, kemampuan mengontrol banyaknya porsi makanan yang harus dikonsumsi, mempersiapkan makanan yang higienis, pola makan yang benar, sehingga asupan nutrisi dapat dengan baik diterima oleh anak. Namun demikian hal penting yang juga harus diperhatikan adalah menu makan harus bervariasi sehingga membuat anak senang dan menyukai berbagai makanan yang sehat juga bergizi. Kebiasaan pola asuh yang sudah diterapkan dengan baik dan benar banyak terjadi pada balita dengan tinggi normal atau tidak mengalami stunting dibandingkan dengan balita pendek yang memiliki tingkat ekonomi keluarga yang sama (Bella et al., 2020).

### **3. Gambaran Pertumbuhan Balita Stunting Di Puskesmas Karangmojo II Kabupaten Gunung Kidul**

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data pada saat penelitian, didapatkan hasil yakni pertumbuhan balita stunting berdasarkan TB/U pada tabel 4.3 di ketahui bahwa keseluruhan responden pada penelitian ini sangat pendek sebanyak 34 responden (51,5 %). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Azzaristiya et al., 2023) bahwa didapatkan balita pendek sebanyak 8 responden (50%) dan balita sangat pendek sebanyak 8 responden (50%).

Menurut (Azzaristiya et al., 2023) stunting dapat berdampak negatif terhadap kesehatan serta proses tumbuh kembang anak, di mana kondisi sangat pendek atau pendek ini berpotensi mengganggu perkembangan kognitif, motorik, dan sosial emosional anak, yang pada akhirnya dapat menurunkan produktivitasnya saat dewasa. Anak yang mengalami stunting juga berisiko lebih tinggi mengalami penyakit degeneratif di usia lanjut. Berdasarkan pandangan peneliti, masih banyak ibu yang mengira bahwa postur tubuh pendek pada anak bukan merupakan tanda stunting. Akibatnya, saat tinggi badan anak tidak sesuai dengan usianya, ibu cenderung tidak menganggapnya sebagai masalah dan tidak melakukan tindakan untuk mengatasinya. Padahal, stunting membutuhkan penanganan serius melalui berbagai upaya, seperti memastikan anak mengonsumsi buah dan sayur, mencukupi kebutuhan gizi sejak masa pembuahan hingga usia 2 tahun, memberikan ASI eksklusif hingga bayi berusia 6 bulan, serta melengkapi imunisasi anak.

Pengetahuan orang tua berperan penting dalam membantu memperbaiki status gizi anak guna mencapai pertumbuhan yang optimal. Kurangnya pemahaman tentang pola makan yang sehat serta minimnya pengetahuan mengenai stunting dapat memengaruhi sikap dan perilaku ibu dalam menyediakan makanan bagi anaknya, baik dari segi jenis maupun jumlah, yang berperan besar dalam mendukung proses tumbuh kembang anak secara maksimal (Purnama AL et al., 2021).

#### **4. Gambaran Perkembangan Balita Stunting Di Puskesmas Karangmojo II Kabupaten Gunung Kidul**

Berdasarkan hasil dari pengumpulan data pada saat penelitian, didapatkan hasil yakni perkembangan balita stunting berdasarkan KPSP pada tabel 4.4 di ketahui bahwa keseluruhan responden pada penelitian ini mayoritas meragukan yaitu sebanyak 45 responden (68,2%) dalam penilaian menggunakan kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) ditemukan bahwa 28 responden mengalami keterlambatan pada bahasa dan bicara. Sedangkan 9 responden (13,6%) yang mengalami kemungkinan adanya penyimpangan dalam penilaian menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) ditemukan 5 responden mengalami keterlambatan bahasa dan bicara.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Hartati, 2021) menunjukkan bahwa perkembangan anak di Desa Wangen paling banyak meragukan sebanyak 14 responden (47%). Diperkuat dengan Penelitian (Syahrudin, 2022) menunjukkan bahwa perkembangan anak pada balita stunting terdapat yang meragukan 29 responden (40,3%). Penelitian menunjukkan bahwa anak stunting cenderung memiliki perkembangan motorik yang terhambat baik motorik kasar dan motorik halus.

Perkembangan anak pada usia 12-60 bulan meliputi peningkatan struktur dan fungsi tubuh yang semakin kompleks, mencakup berbagai aspek seperti kemampuan motorik kasar, motorik halus, keterampilan bicara dan bahasa, serta aspek sosialisasi dan kemandirian. Pada anak-anak yang mengalami stunting, perkembangan ini dapat bervariasi, meskipun mereka memiliki gangguan pertumbuhan fisik. Beberapa anak mungkin menunjukkan perkembangan yang sesuai, sementara yang lain mungkin mengalami perkembangan yang meragukan atau bahkan penyimpangan (Syahrudin et al., 2022).

Perkembangan mencakup proses diferensiasi sel, jaringan, organ, dan sistem organ dalam tubuh yang tumbuh secara bertahap hingga masing-masing dapat berfungsi dengan optimal. Proses ini juga mencakup aspek kognitif, bahasa, motorik, emosional, dan perilaku, yang merupakan hasil interaksi anak dengan lingkungannya. Deteksi dini terhadap potensi gangguan perkembangan anak dilakukan di semua tingkat layanan kesehatan, dan salah satu instrumen yang digunakan dalam pelaksanaannya adalah Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) (Qoyyimah et al., 2021).

Dari hasil wawancara dan pemeriksaan balita stunting, ditemukan sebagian besar ibu menyatakan anaknya banyak yang belum bisa menyebutkan 3 kata yang bermakna, ketika peneliti meminta balita menunjukan 1 bagian tubuhnya (rambut) balita tidak mengerti mana bagian tubuhnya, ketika ingin meminta sesuatu atau menunjukan apa yang diinginkanya selalu dengan menangis dan merengek karena anak mengalami keterlambatan bicara sehingga tidak bisa mengungkapkan dengan benar. Selain itu, kesalahan melatih bahasa tidak sesuai.

Menurut asumsi peneliti pernyataan ibu mencerminkan bahwa anak mengalami keterlambatan perkembangan bicara dan kognitif, yang ditandai dengan kesulitan menyebutkan tiga kata bermakna, tidak mampu mengenali bagian tubuh, serta tidak bisa membedakan suara dan fungsi hewan. Respons anak terhadap perintah sederhana juga terbatas, dan ia lebih sering berkomunikasi melalui tangisan atau gerakan nonverbal. Diperkuat dengan hasil pemeriksaan KPSP yang telah peneliti lakukan dimana untuk hasil KPSP balita dari ibu LI didapatkan dengan kategori skor <6 Menyimpang. Kondisi ini menunjukkan adanya gangguan perkembangan yang berkaitan erat dengan status stunting, di mana kurangnya asupan gizi pada masa awal kehidupan dapat memengaruhi pertumbuhan otak dan fungsi bahasa anak. Ibu telah menyadari adanya keterlambatan ini dengan membawa anak menjalani terapi di Panti Rapeh, sebagai bentuk dukungan terhadap stimulasi perkembangan bicara. Hal ini menekankan pentingnya deteksi

dini, intervensi multisektor (gizi dan terapi perkembangan), serta peran aktif orang tua dalam mendampingi dan lebih sering untuk menstimulasi tumbuh kembang balita yang mengalami stunting dan keterlambatan bicara.

### **C. Keterbatasan Peneliti**

Kendala yang terjadi pada saat penelitian yaitu dalam pengambilan sampel kebosanan balita serta dalam beberapa situasi, balita menunjukkan perilaku rewel, menangis, atau merengek saat dilakukan pengukuran antropometri maupun pengisian instrumen perkembangan dalam waktu yang lama karena lingkungan yang sangat ramai penuh balita menjadi sedikit kurang efektif sehingga perhatian balita tidak fokus dengan observasi peneliti.

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YOGYAKARTA