

G. Penyajian Data	47
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	48
A. Gambaran Umum Dan Lokasi Penelitian	48
B. Hasil Penelitian	49
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	79
A. Kesimpulan	79
B. Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN.....	89

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Klasifikasi Status Gizi Stunting Berdasarkan TB	11
Tabel 1.2	Bentuk MP ASI Bayi Menurut Umur	12
Tabel 1.3	Definisi Operasional Variabel dan Kriteria Objektif	37
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Umum Responden	51
Tabel 5.2	Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Stunting pada Bayi Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea	54
Tabel 5.3	Hubungan Waktu Mulai Pemberian MP ASI dengan Kejadian Stunting pada Bayi Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea	54
Tabel 5.4	Distribusi Waktu Mulai Pemberian MP ASI Berdasarkan Kejadian Stunting pada Bayi Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea	55
Tabel 5.5	Hubungan Panjang Badan Lahir Bayi dengan Stunting pada Bayi Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea	56
Tabel 5.6	Hubungan Riwayat Berat Badan Lahir Bayi dengan Stunting pada Bayi Usia 6-12 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Logis Masalah Gizi, Unicef 2013	10
Gambar 2.2 Kerangka Teori Kejadian Stunting, Adopsi Unicef 2013.....	34
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	36
Gambar 4.1 Flow Chart Penelitian	48
Gambar 5.1 Puskesmas Tamalanrea	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner Penelitian
Lampiran 2	Output Analisis SPSS
Lampiran 3	Foto-foto Dokumentasi Penelitian
Lampiran 4	Surat izin penelitian Fakultas
Lampiran 5	Surat izin penelitian PTSP
Lampiran 6	Surat izin penelitian Kantor Walikota Makassar
Lampiran 7	Surat izin penelitian Dinas Kesehatan Kota Makassar

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut WHO (2013), *stunting* merupakan kegagalan untuk mencapai pertumbuhan optimal yang dialami sejak masa lampau sehingga menyebabkan pencapaian pertumbuhan yang tidak sempurna (Yadika et al., 2019). Anak yang tergolong *stunting* akan cenderung lebih pendek dari anak-anak lain yang seusianya. Data dari United Nations Children's Fund (UNICEF), terdapat sekitar 195 juta anak yang hidup di negara miskin dan berkembang yang mengalami *stunting*. Prevalensi *stunting* di dunia sebesar 26,9% dan di kawasan Asia yaitu sekitar 36%, dengan prevalensi tertinggi berada di Asia Selatan (Kemenkes RI, 2019).

Masalah *stunting* di Indonesia adalah ancaman serius yang memerlukan penanganan yang tepat. Berdasarkan data Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) pada tahun 2019, prevalensi *stunting* di Indonesia mencapai 27,7%. Artinya, sekitar satu dari empat anak balita (lebih dari delapan juta anak) di Indonesia mengalami *stunting*. Angka tersebut masih sangat tinggi jika dibandingkan dengan ambang batas yang ditetapkan WHO yaitu 20%. Dalam upaya penanganan *stunting* di Indonesia, pemerintah sendiri sudah menargetkan Program Penurunan *Stunting* menjadi 14% pada tahun 2024 mendatang. Memenuhi target tersebut merupakan sebuah tantangan besar bagi pemerintah dan rakyat Indonesia di tengah pandemi ini. Terlebih lagi, aktivitas di Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) kurang maksimal saat ini. Padahal,

Posyandu adalah tonggak utama pemantau tumbuh kembang balita pada lingkup wilayah yang lebih kecil (Kementrian Kesehatan, 2020).

Berdasarkan hasil Survei Status Gizi Bayi Indonesia (SSGBI) tahun 2021 saat ini telah terjadi penurunan prevalensi *stunting* dari 26,9% pada tahun 2020 menjadi 24,4% tahun 2021 atau turun sekitar 2,2% (Kemenkes RI, 2021). Namun, di tengah penurunan prevalensi tersebut, terdapat beberapa provinsi yang prevalensi *stunting*-nya lebih tinggi dari prevalensi nasional. Prevalensi bayi *stunting* di Indonesia menurut provinsi tahun 2021, Provinsi Sulawesi Selatan termasuk salah satu provinsi dengan prevalensi *stunting* yang lebih tinggi dari prevalensi *stunting* nasional, yaitu sebesar 30,59% (Kemenkes RI, 2021).

Prevalensi *stunting* pada provinsi Sulawesi Selatan paling tinggi berada pada kelompok anak usia 6-12 bulan, lebih tinggi dibandingkan anak dengan rentang usia 0-23 bulan. Hasil Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) tahun 2019 dan PSG tahun 2016-2017, menunjukkan angka prevalensi balita *stunting* pada tahun 2016 yaitu 27,5% namun pada tahun 2017 meningkat sebanyak 2,1% (29,6%) terus meningkat 1,2% di tahun 2018 yaitu 30,8% dan mulai turun sebesar 3,13% pada tahun 2019 yaitu 27,67%. Angka prevalensi *stunting* tahun 2021 tersebut turun 3,2% dari 2019 sebesar 30,6%. Prevalensi *stunting* di Indonesia masih diatas 20% yang artinya belum mencapai target WHO di bawah 20% (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data Riskesdas pada tahun 2016, khusus daerah Tamalanrea memiliki prevalensi *stunting* sebanyak 8,57% atau sekitar 442 orang anak, hasil

survei pendahuluan yang penulis lakukan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar diketahui bahwa jumlah bayi di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar cukup banyak, yaitu pada Juli 2021 sebesar kurang lebih 558 anak pada anak usia 6-12 bulan (Data Sekunder, 2021).

Adapun faktor-faktor yang berpengaruh terhadap *stunting* adalah penyebab langsung diantaranya: asupan makanan yang tidak memadai dan penyakit. Penyebab tidak langsung yaitu: kerawanan pangan rumah tangga, kasus dan praktik pemberian makan yang tidak memadai dan lingkungan rumah tangga yang tidak sehat dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai. Penyebab dasar yaitu: akses rumah tangga terhadap kuantitas dan kualitas sumber daya yang memadai: pendidikan lahan, pekerjaan, pendapatan, teknologi, manusia finansial yang tidak memadai: modal fisik dan sosial dan konteks sosial budaya, ekonomi dan politik (Kementrian Kesehatan, 2018).

Penelitian menunjukkan bayi yang tidak diberi ASI Eksklusif memiliki resiko terkena *stunting* 3,7 kali lebih tinggi pada bayi yang tidak diberi ASI Eksklusif (ASI < 6 bulan) dibandingkan dengan bayi yang diberi ASI Eksklusif (\geq 6 bulan). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Putri & Lake pada tahun 2020 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian ASI Eksklusif terhadap kejadian *stunting* pada bayi di Desa Haekto Kabupaten TTU (Putri & Lake, 2020).

Berat lahir bayi memiliki pengaruh terhadap kejadian *stunting* karena berat lahir pada khususnya sangat terkait dengan kematian janin, neonatal, dan

postneonatal; morbiditas bayi dan anak; dan pertumbuhan dan pengembangan jangka panjang Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) didefinisikan oleh WHO yaitu berat lahir yang kurang dari 2500 gr (Rohmatika et al., 2020). Sedangkan berat lahir bayi memiliki pengaruh terhadap kejadian *stunting* karena berat lahir pada khususnya sangat terkait dengan kematian janin, neonatal, dan postneonatal; morbiditas bayi dan anak; dan pertumbuhan dan pengembangan jangka panjang (Kadek et al., 2019).

Pemanfaatan ANC pelayanan kesehatan memiliki pengaruh terhadap kejadian *stunting* karena kejadian infeksi penyakit (morbiditas) erat kaitannya dengan akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Selain itu pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan juga berkaitan erat dengan morbiditas dan akhirnya berpengaruh terhadap status gizi (Fuada et al., 2011).

Di Indonesia, sudah banyak penelitian yang membahas mengenai kejadian *stunting* pada bayi dan lain-lain. Di Makassar, khususnya Tamalanrea ditemukan penelitian oleh Gracia (2020) bahwa proporsi *stunting* sebesar 30.4% dan normal sebesar 69.6% serta tidak terdapat hubungan yang bermakna antara berat badan lahir, pemberian ASI eksklusif, dan status ekonomi keluarga dengan kejadian *stunting* pada anak bayi usia 25-59 bulan di Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar tahun 2020 sedangkan oleh La'biran (2020) proporsi *stunting* sebesar 27,3 % dan tidak *stunting* sebesar 72,7 % atau tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif, konsumsi protein, konsumsi buah dan sayur, dan frekuensi pemberian makan dengan

kejadian *stunting* pada anak usia 25-59 bulan di Kecamatan Tamalanrea, Kota Makassar.

Belum ada penelitian yang dilakukan mengenai kejadian *stunting* pada anak usia 6-12 bulan dan hubungan faktor risiko seperti pemberian ASI eksklusif, waktu pemberian MP ASI, riwayat berat dan panjang badan lahir bayi dan kunjungan ANC dengan kejadian tersebut khususnya di Kecamatan Tamalanrea Makassar sehingga dirasakan perlunya dilakukan penelitian.

Berdasarkan uraian permasalahan yang dikemukakan di atas perlu dilakukan penelitian tentang “Faktor Risiko Yang Berhubungan dengan *Stunting* Usia 6-12 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar”.

B. Rumusan Masalah

Prevalensi bayi *stunting* di Indonesia menurut provinsi tahun 2019, Provinsi Sulawesi Selatan yaitu sebesar 30,59%. *Stunting* dapat terjadi karena beberapa faktor yaitu faktor langsung, tidak langsung, dan akar masalah. Di Makassar, khususnya Tamalanrea, ada beberapa penelitian ditemukan yang membahas mengenai faktor-faktor *stunting* yaitu berat badan lahir, pemberian ASI eksklusif, dan status ekonomi keluarga dengan kejadian *stunting* pada anak bayi usia 25-59 bulan dan juga penelitian lain dilokasi yang sama faktor-faktor *stunting* yaitu pemberian ASI eksklusif, konsumsi protein, konsumsi buah dan sayur, dan frekuensi pemberian makan dengan kejadian *stunting* pada anak usia 25-59 bulan. Namun, belum ada penelitian yang dilakukan mengenai kejadian *stunting* pada anak usia 6-12 bulan dan hubungan faktor risiko seperti

pemberian ASI eksklusif, berat badan dan panjang badan lahir bayi dan Kunjungan ANC di Puskesmas Tamalanrea Kota. Oleh karena itu, penulis dapat merumuskan permasalahannya yaitu faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan *stunting* pada bayi usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor resiko *stunting* pada bayi usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui hubungan dan resiko pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada bayi usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar.

b. Untuk mengetahui hubungan dan resiko waktu pemberian MP ASI dengan kejadian *stunting* pada bayi usia 6-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar

c. Untuk mengetahui hubungan dan resiko panjang badan lahir bayi dengan kejadian *stunting* pada bayi usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar.

d. Untuk mengetahui hubungan dan resiko berat badan bayi lahir dengan kejadian *stunting* pada bayi usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar.

- e. Untuk mengetahui hubungan dan resiko kunjungan ANC dengan kejadian *stunting* pada bayi usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang dapat diambil dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran kepada penulis dan menambah pengetahuan penulis tentang faktor yang berhubungan dengan *stunting* usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar

2. Manfaat Praktis

Menambah ilmu pengetahuan serta dapat menjadi bacaan atau sumber informasi bagi peneliti selanjutnya, dan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan untuk penelitian lainnya yang berkaitan dengan Faktor Resiko Yang Berhubungan Dengan *Stunting* Di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea

3. Manfaat bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi atau dapat menambah wawasan pengalaman mengenai penelitian dan dapat menerapkan ilmu selama kuliah terutama mengenai Faktor Resiko Yang Berhubungan dengan *Stunting* pada bayi usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang *Stunting*

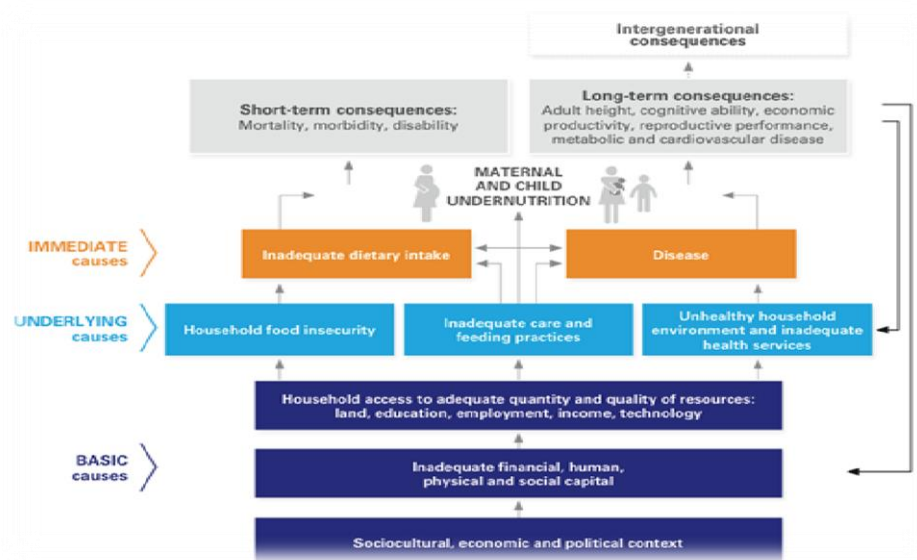
1. Pengertian *Stunting*

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Balita *stunting* termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita *stunting* di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal (Kemenkes RI, 2018).

Usia bayi merupakan masa dimana proses pertumbuhan dan perkembangan terjadi sangat pesat. Pada masa ini bayi membutuhkan asupan zat gizi yang cukup dalam jumlah dan kualitas yang lebih banyak, karena pada umumnya aktivitas fisik yang cukup tinggi dan masih dalam proses belajar. Apabila intake zat gizi tidak terpenuhi maka pertumbuhan fisik dan intelektualitas bayi akan mengalami gangguan, yang akhirnya akan menyebabkan mereka menjadi generasi yang hilang (*lost generation*), dan dampak yang luas negara akan kehilangan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas (Hutasoit et al., 2020).

Stunting merupakan suatu keadaan retardasi pertumbuhan linier yang berkaitan dengan adanya proses perubahan patologis. Pertumbuhan fisik berhubungan dengan faktor lingkungan, perilaku dan genetik, kondisi sosial ekonomi, pemberian ASI, dan kejadian BBLR merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting*. Status gizi buruk berdampak terhadap menurunnya produksi zat antibodi dalam tubuh. Penurunan zat antibodi ini mengakibatkan mudahnya bibit penyakit masuk ke dalam dinding usus dan mengganggu produksi beberapa enzim pencernaan makanan dan selanjutnya penyerapan zat-zat gizi yang penting menjadi terganggu, keadaan ini dapat memperburuk status gizi anak. Data Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi pendek secara nasional adalah 37,2% yang terdiri dari 18,0% anak sangat pendek dan 19,2% anak pendek.

Gambar 2.1 Kerangka Logis Masalah Gizi, Unicef 2013.



Sumber : *Improving Child Nutrition, The achievable imperative for global progress, Unicef, 2013 Adapted from Unicef 1990.*

2. Cara Mengukur *Stunting*

Stunting dapat diketahui bila seorang bayi sudah ditimbang berat badannya dan diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada dibawah normal. Jadi secara fisik bayi akan lebih pendek dibandingkan bayi seumurnya. Penghitungan ini menggunakan standar Z-score dari WHO. Di Indonesia standard Z-score diadopsi kedalam Keputusan Menteri Kesehatan Republic Indonesia tentang standard antropometri penilaian status gizi anak Klasifikasi Status Gizi Anak berdasarkan indikator Tinggi Badan per umur (TB/U):

Tabel 1.1 Klasifikasi Status Gizi *Stunting* Berdasarkan TB/U

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0-60 bulan	Berat badan sangat kurang (<i>severely underweight</i>)	<-3 SD
	Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0-60 bulan	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	<-3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD

Sumber: (Kemenkes, 2020)

Dimana anak *stunting* masuk dalam klasifikasi anak pendek dan sangat

pendek. Jadi, anak yang memiliki status gizi $<-2SD$ berdasarkan TB/U masuk dalam kategori anak *stunting*. Z-Score dapat dihitung menggunakan rumus sebagai berikut :

$$Z - \text{Score} = \frac{(TBA - \text{median})}{\text{median} - 2SD}$$

3. Penentuan Status Gizi *Stunting* Secara Antropometri

Penilaian status gizi adalah interpretasi dari data yang didapatkan dengan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang berisiko atau dengan status gizi buruk. Metode dalam penilaian status gizi dibagi dalam dua kelompok yaitu pertama, metode secara langsung yang terbagi menjadi empat penilaian yaitu: antropometri, klinis, biokimia dan biofisik. Kedua, metode secara tidak langsung yang terdiri atas survei konsumsi makanan, faktor ekologi, dan statistik vital (Yusdarif, 2017).

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter antara lain: umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul, dan tebal lemak dibawah kulit. Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relative kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi

terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama (Utami, 2016).

Kombinasi antara beberapa parameter disebut indeks antropometri. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Untuk mengetahui bayi *stunting* atau tidak, indeks yang digunakan adalah indeks TB/U. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian 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) (Fitri, 2018).

B. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kejadian *Stunting*

1. Pemberian ASI Eksklusif

a. Pengertian ASI Eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam-garam organik yang disekresi oleh kedua kelenjar payudara ibu, yang berguna sebagai makanan utama bagi bayi. Eksklusif adalah terpisah dari yang lain, atau disebut khusus. Menurut pengertian lainnya, ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu,

biskuit, dan nasi tim. Pemberian ASI ini dianjurkan dalam jangka waktu 6 bulan. Air susu ibu (ASI) adalah sumber nutrisi yang ideal dan makanan paling aman bagi bayi selama 4-6 bulan pertama kehidupan. ASI merupakan bentuk tradisional dan ideal memenuhi gizi anak. ASI dapat menyediakan tiga perempat bagian protein yang dibutuhkan bayi umur 6-12 bulan dan masih merupakan sumber yang cukup berarti bagi beberapa bulan berikutnya (Prihutama et al., 2018).

ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja sampai umur 6 bulan (eksklusif) membuat perkembangan motorik dan kognitif bayi lebih cepat. Selain itu, ASI juga meningkatkan jalinan kasih sayang karena sering berada dalam dekapan ibu. Pertumbuhan anak dipengaruhi oleh faktor makanan (gizi) dan genetik. Sampai usia empat bulan, seorang anak bisa tumbuh dan berkembang hanya dengan mengandalkan ASI dari ibunya (Fitri, 2018).

b. Hubungan ASI Eksklusif dengan *Stunting*

Manfaat ASI eksklusif bagi bayi antara lain sebagai nutrisi lengkap, meningkatkan daya tubuh, meningkatkan kecerdasan mental dan emosional yang stabil serta spiritual yang matang diikuti perkembangan sosial yang baik, mudah dicerna dan diserap, memiliki komposisi lemak, karbohidrat, kalori, protein dan vitamin, perlindungan penyakit infeksi, perlindungan alergi karena didalam ASI mengandung antibodi, memberikan rangsang intelegensi dan saraf,

meningkatkan kesehatan dan kepandaian secara optimal (Mufdlilah et al., 2018).

Menurut penelitian Rohmatun dalam (Sampe et al., 2020), pada analisis bivariatnya menghasilkan $p < 0.05$ dengan nilai signifikansi 0.45 yang berarti signifikan atau bermakna. Hal ini berarti ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada bayi di Desa Sidowarno Kecamatan Wonosari Kabupaten Klaten. Penelitian ini sejalan dengan Indrawati (2016) dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang dalam kategori sangat pendek tidak mendapatkan ASI eksklusif yaitu 10 responden (7,7%). Responden dalam kategori pendek sebagian besar mendapatkan ASI eksklusif yaitu 18 responden (13,8%). Responden yang dalam kategori normal sebagian besar mendapatkan ASI eksklusif yaitu 92 responden (70,8%). Dimana diperoleh $p \text{ value} = 0.000 (<0.05)$. Maka disimpulkan bahwa terdapat hubungan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada bayi 2-3 tahun. Sedangkan menurut penelitian Lidia Fitri (2018) ada hubungan yang bermakna antara ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada bayi di Puskesmas Lima Puluh.

2. Waktu Pemberian MP ASI

a. Pengertian MP ASI

Menurut *World Health Organization* (WHO) Pemberian MP ASI didefinisikan sebagai proses yang dimulai ketika ASI saja tidak lagi cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi, dan oleh karena itu diperlukan makanan dan cairan lainnya, bersama dengan pemberian ASI. MP ASI merupakan makanan atau minuman yang mengandung zat gizi diberikan kepada balita usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi selain Air Susu Ibu (ASI). Pada pemberian MP ASI yaitu proses transisi asupan dari Air Susu Ibu (ASI) menuju makanan keluarga secara bertahap, seperti jenis, bentuk, jumlah dan frekuensi kemudian konsistensinya sampai kebutuhan bayi dapat terpenuhi dengan baik (Kusumaningrum, 2019).

Bayi yang sudah berusia 6 bulan, pada kebutuhan zat gizinya semakin bertambah seiring dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi tersebut, kemudian pada produksi ASI mulai menurun, oleh karena itu bayi membutuhkan makanan atau minuman tambahan sebagai pendamping ASI (Firlia Ayu Arini, 2017). MP ASI yang baik ialah memenuhi persyaratan tepat waktu, bergizi lengkap, aman, seimbang dan diberikan opdengan cara yang tepat. MP ASI pertama yang pada umum biasa masyarakat berikan pada bayi di Indonesia adalah pisang dan tepung beras yang dicampur ASI (Ardiana et al., 2019).

b. Tujuan Pemberian MP ASI

Tujuan dari pemberian MP ASI adalah untuk menambah energi dan juga zat gizi baik yang diperlukan anak bayi sebab jika hanya ASI saja tidak akan dapat memenuhi kebutuhan bayi secara terus menerus. Oleh karena itu, agar bayi dapat mengalami proses tumbuh kembang yang optimal dan dapat menghindari terjadinya gizi kurang maupun defisiensi zat gizi mikro seperti zat besi, folat, zink, kalsium, vitamin A dan vitamin C dengan menyediakan makanan bergizi yang dibutuhkan untuk mengisi kesenjangan energi dengan zat gizi. Dilihat dari segi kekebalan tubuh pada pemberian MP ASI dapat menjaga kesehatan tubuh anak bayi dan dapat mencegah penyakit lainnya (Nurastrini, 2013).

c. Indikator dalam Menilai Praktik Pemberian MP ASI

Pada praktik pemberian MP ASI pada bayi dan anak usia 6–24 bulan harus dilakukan secara benar dan tepat. Kesalahan pemberian makanan di periode tersebut dapat mengakibatkan masalah gizi kurang maupun balita pendek. Menurut WHO (2021), Indikator yang digunakan untuk menilai praktik pemberian MP ASI yaitu usia anak pertama menerima MP ASI, frekuensi pemberian MP ASI, keragaman bahan makanan. Masing-masing indikator ini diukur secara terpisah (Rohmawati et al., 2020).

d. Usia Pertama Pemberian MP ASI

Setelah anak balita sudah masuk umur 6 bulan keatas balita sudah mulai membutuhkan makanan dan minuman tambahan yang padat dengan zat gizi yang tepat. Oleh sebab itu, sangat penting agar tidak menunda pemberian MP ASI hingga balita berumur lebih dari 6 bulan, karena saat menunda pemberian MP ASI pada anak balita dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan balita tersebut. Saat balita berumur 6 bulan, secara perlahan-lahan perlu MP ASI seperti bubur, nasi tim, buah-buahan maupun makanan lainnya yang diperlukan balita (Rohmawati et al., 2020).

Pemberian MP ASI (MP ASI) yang terlalu dini pada balita dibawah usia 6 bulan dapat mengalami kejadian *stunting* (Alfie Ardiana Sari, 2019). Begitu juga menurut penelitian Teshome tahun (2009), anak balita yang diberikan MP ASI (MP ASI) yang terlalu dini yaitu dibawah 4 bulan akan berisiko menderita kejadian *stunting*. Teori tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fahrini (2013) yang menunjukkan bahwa waktu memulai pemberian MP ASI mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kejadian *stunting* dengan nilai $p=0,038$ dan $OR = 1,71$ (95% CI 1,02-2,85), hal ini berarti anak yang mendapatkan MP ASI pada usia kurang dari 6 bulan berisiko untuk mengalami kejadian *stunting* 1,71 kali lebih besar dibandingkan anak yang mendapatkan MP ASI ≥ 6 bulan. Sebaliknya, penundaan pemberian MP ASI (tidak memberikan MP ASI sesuai waktunya) akan

menghambat pertumbuhan bayi karena alergi dan zat-zat gizi yang dihasilkan dari ASI tidak mencukupi kebutuhan lagi sehingga akan menyebabkan kurang gizi pada balita tersebut (Rahayu et al., 2018).

e. Bentuk/Tekstur Pemberian MP ASI

Dalam pemberian MP ASI sebaiknya dapat disesuaikan dengan perkembangan bayi, misalnya bayi baru belajar mengunyah pada umur enam dan tujuh bulan pada saat itu bayi siap mengonsumsi MP ASI yang padat. Jika pada saat itu bayi tidak diberikan makanan padat, bayi dapat mengalami kekurangan zat gizi dikarenakan ASI ataupun susu formula saja tidak cukup untuk memenuhi seluruh kebutuhan gizi bayi tersebut. Pemberian MP ASI terlalu lambat mengakibatkan bayi mengalami kesulitan untuk belajar mengunyah, dan tidak akan menyukai makanan padat, dan bayi dapat mengalami kekurangan gizi (Atikah Rahayu, Fahrul Yulidasari, Andini Octaviana Putri, 2015).

Pada tekstur MP ASI dibagi menjadi tiga kategori yaitu:

- a. Makanan lumat merupakan makanan yang dihancurkan terlebih dahulu dan disaring tampak kurang merata dan bentuknya lebih kasar dari makanan lumat halus, misalnya seperti bubur susu, bubur sumsum, nasi tim saring, tomat saring, pisang saring, dan lain-lainnya.
- b. Makanan lunak merupakan makanan yang dimasak banyak air dan tampak berair, misalnya seperti bubur nasi, nasi tim, kentang puri bubur ayam dan lain-lainnya.

- c. Makanan padat merupakan makanan lunak yang tidak tampak berair dan biasanya disebut makanan keluarga, misalnya seperti lontong, kentang rebus, biskuit dan lain-lainnya.

Pola pemberian ASI dan MP ASI untuk bayi dan anak menurut (Kemenkes RI, 2018) yaitu:

Tabel 1.2 Bentuk MP ASI Bayi Menurut Umur

Umur (bulan)	ASI	Makanan Lumat	Makanan Lembik	Makanan Keluarga
0-6				
6-9				
9-12				
12-24				

Sumber : Kemenkes RI (2018)

f. Jenis-Jenis MP ASI

Jenis MP ASI secara umum terdapat dua yaitu olahan hasil pabrik dan buatan rumah (MP ASI lokal). Menurut Permenkes RI (2014)

jenis-jenis MP ASI yaitu (Kemenkes RI, 2014):

- 1) Makanan tambahan pendamping ASI buatan pabrik merupakan makanan hasil olahan yang dapat digunakan secara instan dalam bentuk kemasan atau botol yang beredar dipasaran guna menambahkan energi dan zat gizi esensial pada anak bayi.
- 2) Makanan tambahan pendamping ASI buatan rumah sendiri (MP ASI lokal) merupakan makanan tambahan yang di olah sendiri dengan menggunakan bahan makanan yang disiapkan dalam rumah

tangga atau ditempat lainnya untuk dikonsumsi oleh anak bayi tersebut.

g. Frekuensi Pemberian MP ASI

Frekuensi pemberian MP ASI adalah proporsi anak bayi yang menerima makanan pelengkap minimal yang telah direkomendasikan. Tanpa frekuensi makan dan bahan MP ASI yang beragam, bayi dan anak berisiko mengalami kekurangan zat gizi, sehingga menyebabkan terjadinya *stunting* pada anak yang pada akhirnya meningkatkan morbiditas (kesakitan) dan mortalitas (kematian) (Wandini et al., 2021).

WHO menganjurkan agar anak bayi dapat mulai mendapatkan makanan dan minuman sebagai MP ASI saat berumur 6 bulan. Awalnya, frekuensi anak bayi menerima MP ASI 2-3 kali sehari saat berusia antara 6-8 bulan kemudian usia antara 9-11 bulan dan usia 12-24 bulan menerima 3-4 kali seharinya, makanan selingan berbentuk kudapan bergizi sebagai tambahan juga dapat diberikan 1-2 kali sehari antara usia 9-11 bulan dan 12-24 bulan. Pada frekuensi MP ASI, anak bayi harus sesering mungkin makan karena anak bayi dapat mengkonsumsi makanan sedikit demi sedikit agar kebutuhan asupan kalori dan zat gizi lainnya dapat terpenuhi dengan baik.

h. Frekuensi Pemberian MP ASI

Frekuensi pemberian MP ASI adalah proporsi anak bayi yang menerima makanan pelengkap minimal yang telah direkomendasikan. Tanpa frekuensi makan dan bahan MP ASI yang beragam, bayi dan

anak berisiko mengalami kekurangan zat gizi, sehingga menyebabkan terjadinya *stunting* pada anak yang pada akhirnya meningkatkan morbiditas (kesakitan) dan mortalitas (kematian) (Wandini et al., 2021).

WHO menganjurkan agar anak bayi dapat mulai mendapatkan makanan dan minuman sebagai MP ASI saat berumur 6 bulan. Awalnya, frekuensi anak bayi menerima MP ASI 2-3 kali sehari saat berusia antara 6-8 bulan kemudian usia antara 9-11 bulan dan usia 12-24 bulan menerima 3-4 kali seharinya, makanan selingan berbentuk kudapan bergizi sebagai tambahan juga dapat diberikan 1-2 kali sehari antara usia 9-11 bulan dan 12-24 bulan. Pada frekuensi MP ASI, anak bayi harus sesering mungkin makan karena anak bayi dapat mengkonsumsi makanan sedikit demi sedikit agar kebutuhan asupan kalori dan zat gizi lainnya dapat terpenuhi dengan baik.

Dari hasil penelitian Virginia et al., (2020) menyebutkan bahwa adanya hubungan antara frekuensi pemberian MP ASI dengan kejadian *stunting* (p value = 0,06. Sejalan juga dengan penelitian Virginia (2019) menyebutkan terdapat hubungan yang bermakna antara frekuensi pemberian MP ASI dengan kejadian *stunting* pada anak usia 6-24 bulan berdasarkan hasil *uji chi square* diperoleh nilai $p = 0,002$.

i. Keberagaman Pangan (*Dietary Diversity*) dalam MP ASI

Pada pola konsumsi makanan yang beranekaragaman pada anak merupakan masalah yang masih terjadi di Indonesia, Kondisi tersebut dibuktikan dengan proporsi konsumsi makanan beragam pada anak 6-

23 bulan di Indonesia sebesar 46,6% (Rahayu et al., 2018). Keberagaman bahan makanan pada bayi penting karena tidak ada satupun makanan yang hanya cukup untuk kebutuhan bayi, keberagaman bahan makanan yang diberikan sejak bayi akan diingat sampai dewasa, makanan yang diberikan harus sesuai dengan kemampuan pencernaan balita (Rosita, 2021).

Pada tingkat keberagaman MP ASI dilakukan secara bertahap seiring dengan bertambahnya umur anak bayi agar dapat menyesuaikan dengan kebutuhan yang anak bayi dapat terima (Nurkomala et al., 2018). Anak usia 6-23 bulan yang mengonsumsi makanan dan minuman dari setidaknya minimal lima dari delapan kelompok makanan yang ditentukan selama hari sebelumnya. Delapan kelompok makanan yang digunakan untuk tabulasi indikator ini yaitu:

- a. ASI
- b. Biji-bijian, akar, umbi-umbian dan pisang raja
- c. Kacang-kacangan (kacang polong, lentil),
- d. Produk susu (susu formula, yougurt, keju)
- e. Makanan daging (daging ikan, unggas, jeroan)
- f. Telur
- g. Buah dan sayuran yang kaya vitamin A
- h. Lainnya

Konsumsi makanan atau minuman dalam jumlah berapa pun dari suatu kelompok makanan cukup untuk “dihitung”, yaitu tidak ada

jumlah minimal (WHO, 2021). Berdasarkan hasil penelitian Udoh (2016) di Negeria mengatakan bahwa adanya hubungan antara keberagaman makanan dengan kejadian *stunting* pada anak. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Nurkomala et al., (2018) menyebutkan bahwa ada hubungan antara keberagaman bahan makanan terhadap kejadian *stunting* pada balita.

j. Jumlah Pemberian MP ASI

Seiring dengan bertambahnya usia balita, pertumbuhan anak balita akan bertambah dan jumlah makanan yang dibutuhkan juga akan meningkat. Orangtua secara bertahap akan menambah jumlah porsi makanan dalam setiap kali makan pada balita hingga balita dapat menghabiskan porsi makan sesuai usianya (Amperaningsih et al., 2018). Berdasarkan Kemenkes RI (2018), Pembagian pemenuhan kebutuhan gizi pada balita menurut usia balita jika jumlah MP ASI diberikan sesuai standar (Kemenkes, 2018):

- a. Pemenuhan kebutuhan gizi balita usia 6-9 bulan 2-3 sendok makan penuh setiap kali makan, dan tingkatkan perlahan-lahan hingga $\frac{1}{2}$ mangkok berukuran 250 ml
- b. Pemenuhan kebutuhan gizi balita usia 9-12 bulan $\frac{1}{2}$ mangkok sampai dengan $\frac{3}{4}$ mangkok berukuran 250 ml
- c. Pemenuhan kebutuhan gizi balita usia 12-24 bulan $\frac{3}{4}$ Mangkok makanan berukuran 250 ml

k. Dampak pemberian MP ASI yang salah

Menurut pemberian MP ASI yang salah, ada dua kategori yaitu terlalu cepat atau terlalu lambat (Amperaningsih et al., 2018):

a. Dampak dari pemberian MP ASI terlalu dini kebanyakan Ibu umumnya (jika bayi adalah anak pertama) bersemangat untuk segera memberikan MP ASI karena perasaan ibu-ibu memiliki perasaan yang bahagia telah mencapai besar. Hal inilah yang dapat memicu orangtua balita untuk memberikan MP ASI yang dini.

Berbagai dampak-dampak dari pemberian MP ASI terlalu dini:

- 1) Berbagai macam reaksi muncul akibat sistem pencernaan bayi belum siap. Jika MP ASI diberikan sebelum sistem pencernaan bayi siap untuk menerimanya, makanan yang masuk tersebut tidak dapat dicerna dengan baik oleh usus bayi dan juga bisa menimbulkan berbagai reaksi, seperti diare, perut kembung atau bergas. Tubuh bayi belum memiliki pencernaan yang lengkap untuk protein.
- 2) Balita lebih rentan terkena berbagai penyakit. Berbagai penyakit lebih rentan menyerang balita. Dimana pada saat balita menerima asupan lain selain ASI, imunitas/kekebalan tubuh yang diterima balita akan menurun.
- 3) Bayi berisiko mengalami obesitas, Pemberian MP ASI dini sering dihubungkan dengan peningkatan berat badan sehingga dihubungkan dengan akibat pemberian MP- ASI terlalu dini.
- 4) Bayi dapat kurang memproduksi ASI, Semakin banyak

makanan padat yang dikonsumsi oleh bayi maka semakin tinggi potensi bayi mengurangi permintaan menyusui.

b. Dampak Menunda Pemberian MP ASI, Sebagian orangtua menunda pemberian MP ASI pada bayi hingga usia bayi lebih dari 6 bulan dengan alasan agar bayi terhindar dari risiko mengalami alergi pada makanan. Padahal suatu tinjauan dari sebuah penelitian menyimpulkan bahwa menunda pemberian MP ASI hingga usia bayi melewati 6 bulan tidak memberikan perlindungan yang berarti. Berikut akibat jika menunda pemberian MP ASI:

1. Kebutuhan makro dan mikro lainnya tidak dapat terpenuhi sehingga mengakibatkan balita berisiko menderita malnutrisi.
2. Kebutuhan energi bayi tidak dapat terpenuhi, jika kebutuhan bayi tidak terpenuhi pertumbuhan bayi akan tidak optimal dan bayi juga akan dapat berhenti tumbuh, bahkan jika dibiarkan bayi akan dapat menderita gagal tumbuh.
3. Bayi kemungkinan dapat menolak berbagai jenis makanan dan sulit menerima rasa makanan baru di kemudian hari.
4. Pada perkembangan fungsi motorik oral bayi dapat terlambat
5. Bayi berisiko mengalami kekurangan zat besi.

C. Riwayat Berat Badan dan Panjang badan Lahir bayi

1. Pengertian Berat Lahir Bayi

Berat lahir pada khususnya sangat terkait dengan kematian janin, neonatal, dan postneonatal; morbiditas bayi dan anak; dan pertumbuhan

dan pengembangan jangka panjang. Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) didefinisikan oleh WHO yaitu berat lahir yang kurang dari 2500 gr. BBLR dapat disebabkan oleh durasi kehamilan dan laju pertumbuhan janin. Maka dari itu, bayi dengan berat lahir <2500 gr bisa dikarenakan dia lahir secara prematur atau karena terjadi retardasi pertumbuhan.

2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Berat Lahir

Faktor lingkungan internal mempengaruhi berat bayi lahir antara lain sebagai berikut:

a. Umur Ibu hamil

Usia kehamilan kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan salah satu faktor ibu yang dapat menyebabkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Selain itu semakin muda dan semakin tua umur seorang ibu yang sedang hamil, akan berpengaruh terhadap kebutuhan gizi yang diperlukan. Usia 25–34 tahun merupakan usia yang paling baik untuk menjalani proses kehamilan dan melahirkan (Amperaningsih et al., 2018).

b. Jarak Kehamilan

Menurut anjuran yang dikeluarkan oleh badan koordinasi keluarga berencana (BKKBN) jarak kelahiran yang ideal adalah 2 tahun atau lebih, karena jarak antara dua kelahiran yang terlalu dekat atau kurang dari setahun dapat menyebabkan buruknya status gizi ibu hamil, sehingga berisiko untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) atau bayi prematur (Amperaningsih et al., 2018).

c. Paritas

Paritas secara luas mencakup jumlah kehamilan jumlah kelahiran, dan abortus/jumlah keguguran. Sedang dalam arti khusus yaitu jumlah atau banyaknya anak yang dilahirkan. Paritas dikatakan tinggi bila seorang ibu/wanita melahirkan anak ke empat atau lebih. Semakin banyak jumlah kehamilan, baik bayi yang dilahirkan dalam keadaan hidup atau mati dapat mempengaruhi status gizi ibu hamil (Amperaningsih et al., 2018).

d. Kadar Hemoglobin

Zat besi sangat diperlukan ibu hamil untuk pembentukan sel-sel darah. Selama kehamilan, volume sirkulasi darah akan meningkat hingga 30-40%. Pada wanita hamil terjadi hemodilusi yaitu penambahan volume cairan darah yang lebih banyak daripada sel darah, sehingga kadar hemoglobin (Hb) wanita hamil berkurang. Kondisi ini mengakibatkan ibu hamil banyak menderita anemia, yaitu kadar hemoglobin kurang dari 11 gr/dl (Amperaningsih et al., 2018).

Pengaruh anemia dapat terjadi pada kehamilan, persalinan dan nifas seperti dapat terjadi abortus, prematuritas, hambatan tumbuh kembang, perdarahan postpartum sekunder dan primer, dan subinvolusi uteri. Sedangkan pada janin dapat terjadi berat lahir rendah dan cacat bawaan (Amperaningsih et al., 2018).

e. Status gizi ibu hamil

Status gizi ibu pada waktu pembuahan dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Jika seorang ibu hamil mengalami kekurangan asupan gizi, maka akan menyebabkan kelainan pada janin yang dikandungnya. Begitu pula jika ibu hamil mengalami kelebihan gizi, hal itu juga tidak baik bagi. Jika status gizi ibu baik dan status kesehatannya selama hamil tidak buruk (tidak menderita hipertensi, misalnya), serta tidak berkebiasaan buruk (perokok atau pecandu alkohol), status gizi yang kelak dilahirkannya baik juga; begitu pula sebaliknya (Amperaningsih et al., 2018).

3. Hubungan BBLR dengan *Stunting*

Salah satu faktor risiko yang mempengaruhi kejadian *stunting* pada anak bayi adalah riwayat berat badan lahir rendah (BBLR). Menurut Nasution et al., (2014) bayi dengan BBLR akan tumbuh dan berkembang lebih lambat karena pada bayi dengan BBLR sejak dalam kandungan telah mengalami retardasi pertumbuhan intra uterin dan akan berlanjut sampai usia selanjutnya, setelah dilahirkan akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang lebih lambat dari bayi yang dilahirkan normal, dan sering gagal menyusun tingkat pertumbuhan yang seharusnya dicapai pada usianya setelah lahir. Bayi BBLR juga mengalami gangguan saluran pencernaan, karena saluran pencernaan belum berfungsi, seperti kurang dapat menyerap lemak dan mencerna protein sehingga mengakibatkan

kurangnya cadangan zat gizi dalam tubuh. Akibatnya pertumbuhan bayi BBLR akan terganggu.

D. Panjang Badan Lahir Bayi

Panjang lahir menggambarkan pertumbuhan linier bayi selama dalam kandungan. Ukuran linier yang rendah biasanya menunjukkan keadaan gizi yang kurang akibat kekurangan energi dan protein yang diderita waktu lampau. Panjang lahir bayi akan berdampak pada pertumbuhan selanjutnya, seperti terlihat pada hasil penelitian Nasution et al., (2014) yang mendapatkan hasil bahwa bayi yang lahir dengan panjang lahir rendah memiliki risiko 2,8 kali mengalami *stunting* dibanding bayi dengan panjang lahir normal.

E. Kunjungan ANC Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian *Antenatal Care*

Asuhan kehamilan atau yang biasa disebut *Antenatal Care* (ANC) adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetri untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin setiap bulan. Pengawasan wanita hamil secara rutin mampu membantu menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi (Ramadhini et al., 2021).

Pelayanan kesehatan adalah akses atau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap upaya pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, penyuluhan kesehatan dan gizi, serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, rumah

sakit, dan persediaan air bersih. Tidak terjangkaunya pelayanan kesehatan (karena jauh dan atau tidak mampu membayar), kurangnya pendidikan dan pengetahuan merupakan kendala masyarakat dan keluarga memanfaatkan secara baik pelayanan kesehatan yang tersedia. Hal ini dapat berdampak juga pada status gizi anak.

2. **Kunjungan *Antenatal Care***

Menurut Kemenkes RI (2020), antenatal care merupakan suatu bentuk pengawasan kehamilan untuk mengetahui kesehatan umum ibu, menegakkan secara dini penyakit yang menyertai kehamilan dan menegakkan secara dini komplikasi kehamilan. Pengawasan wanita hamil secara rutin mampu membantu menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Pelayanan antenatal bertujuan untuk memberikan pengalaman hamil dan melahirkan yang positif bagi para ibu (positive pregnancy experience) atau well born baby dan well health mother, mempersiapkan perawatan bayi dan laktasi serta memulihkan kesehatan ibu yang optimal saat akhir kala nifas sehingga menurunkan angka mortalitas dan morbiditas ibu dan anak (Kemenkes RI, 2021).

Kunjungan Antenatal Care (Antenatal Care/ANC) pada kehamilan normal minimal 6x dengan rincian 2x di Trimester 1, 1x di Trimester 2, dan 3x di Trimester 3. Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3.

- a. ANC ke-1 di Trimester 1: skrining faktor risiko dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Jika ibu datang pertama kali ke

bidan, bidan tetap melakukan pelayanan antenatal seperti biasa, kemudian ibu dirujuk ke dokter untuk dilakukan skrining.

- b. ANC ke-2 di Trimester 1, ANC ke-3 di Trimester 2, ANC ke-4 di Trimester 3, dan ANC ke-6 di Trimester 3: Dilakukan tindak lanjut sesuai hasil skrining.
- c. ANC ke-5 di Trimester 3 Skrining faktor risiko persalinan dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Skrining dilakukan untuk menetapkan faktor risiko persalinan, menentukan tempat persalinan, dan menentukan apakah diperlukan rujukan terencana atau tidak

3. Hubungan ANC dengan *Stunting*

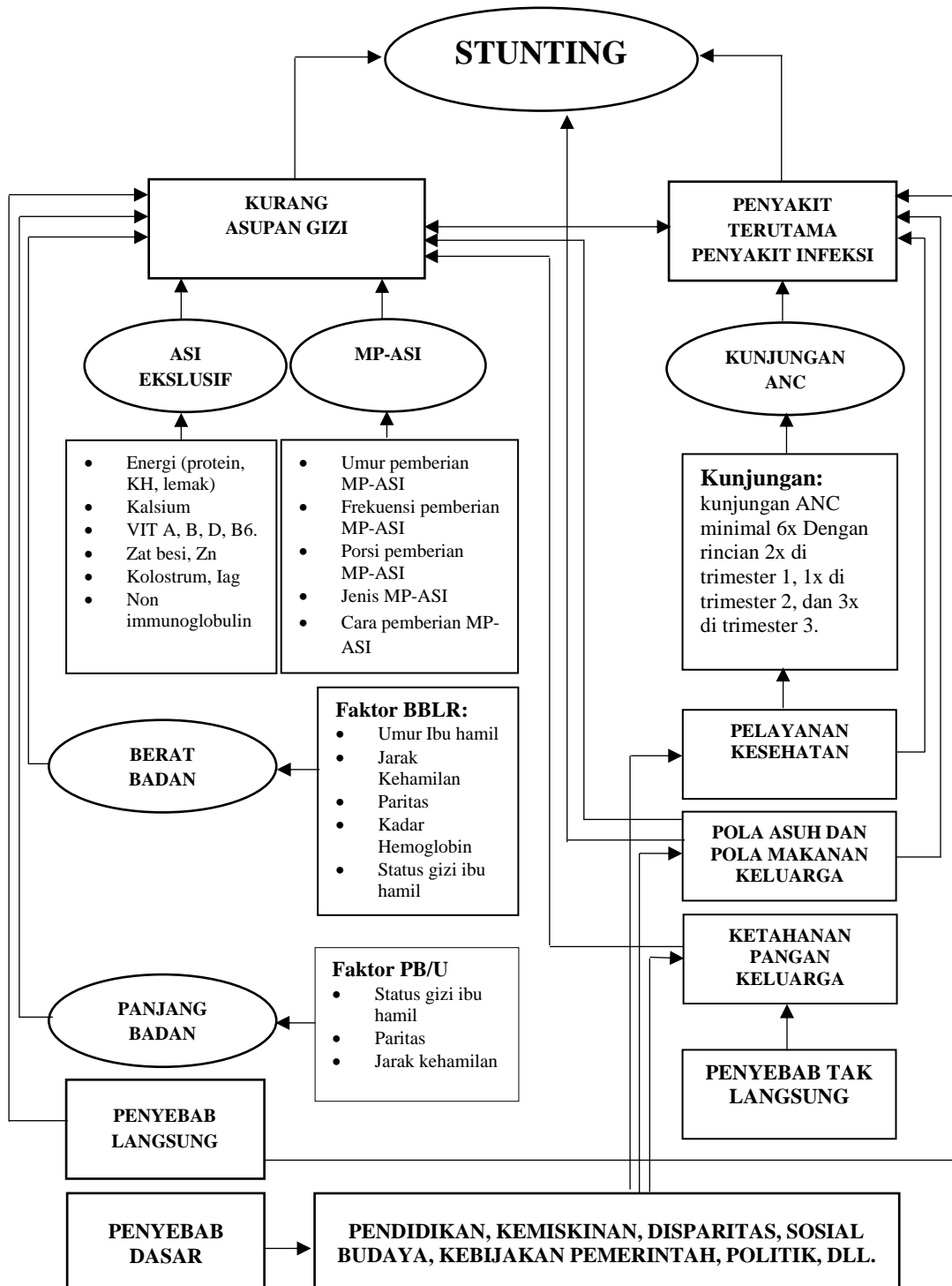
Antenatal Care (ANC) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya dan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) guna mendeteksi risiko terjadinya komplikasi kehamilan. Indikator ANC yang sesuai dengan MDGs adalah K1 (ANC minimal satu kali) dan ANC minimal empat kali, dan indikator ANC untuk evaluasi program pelayanan kesehatan ibu di Indonesia yaitu cakupan K1 ideal dan K4 (Risksdas, 2018).

Sebuah penelitian menyatakan bahwa ibu yang melakukan perawatan antenatal kurang dari tiga kali dan tidak memeriksakan kehamilannya kepada dokter, perawat maupun bidan dapat memiliki risiko untuk terjadi *stunting* pada anak-anak mereka. Kunjungan ANC yang dilakukan secara

teratur dapat mendeteksi dini risiko kehamilan yang ada pada seorang ibu dan janinnya, terutama yang berkaitan dengan masalah gizi (Risksedas, 2018).

Sedangkan dengan penelitian mengenai Faktor resiko bayi *stunting* salah satunya adalah kunjungan ANC (*Antenatal Care*). Kunjungan ANC yang dilakukan secara teratur dapat mendeteksi dini risiko kehamilan yang ada pada 18 ibu terutama yang berkaitan dengan masalah nutrisinya (Ni'mah, 2014). Pada penelitian ini ditemukan bahwa ibu yang melakukan kunjungan ANC hanya satu kali (Kurang dari standar minimal yaitu empat kali) memiliki risiko mempunyai bayi *stunting* 2,4 kali dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan ANC standar.

F. Kerangka Teori

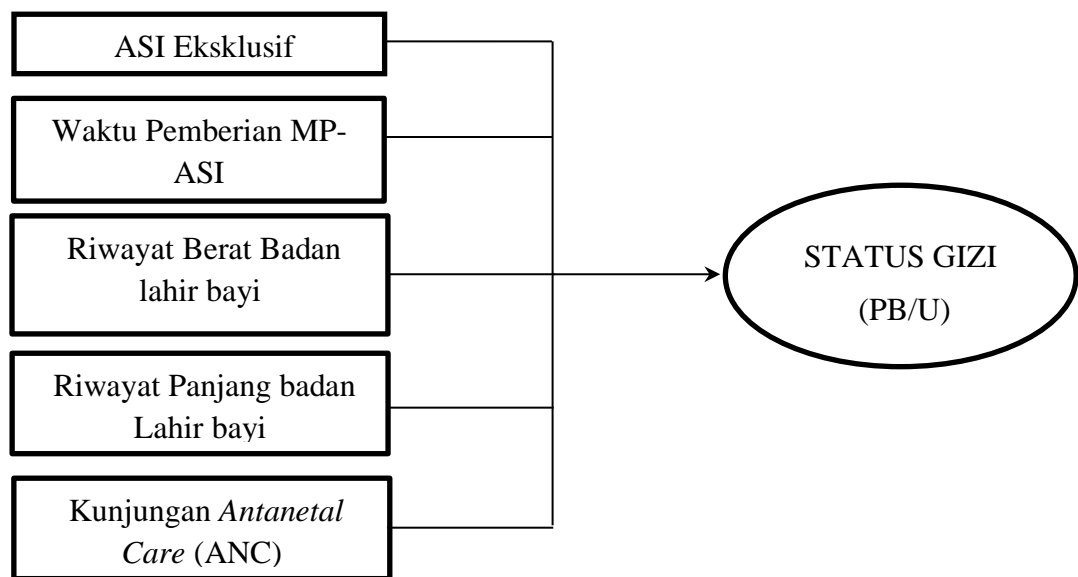


Gambar 2.2 Kerangka Teori Kejadian *Stunting* Adopsi Unicef, 2013.

BAB III


KERANGKA KONSEP


A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka konsep

Keterangan:

 : Variabel Independen

 : Variabel Dependenden.