

TESIS

**PENDORONG DAN PENGHAMBAT POLA ASUH
ANAK *STUNTING* BERBASIS KELUARGA
(STUDI KASUS DI PEMUKIMAN KUMUH KOTA MAKASSAR)**

*REINFORCERS AND INHIBITORS OF PARENTING FOR STUNTING CHILDREN
(CASE STUDIES IN SLUMS AREA OF MAKASSAR CITY)*

**RIZKY CHAERATY SYAM
K012172009**



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2020



TESIS

PENDORONG DAN PENGHAMBAT POLA ASUH ANAK *STUNTING*
BERBASIS KELUARGA
(STUDI KASUS DI WILAYAH PEMUKIMAN KUMUH KOTA MAKASSAR)

Disusun dan diajukan oleh

RIZKY CHAERATY SYAM
Nomor Pokok : K012172009

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 03 Januari 2020
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasihat,

Prof. Dr.dr. Muhammad Syafar, MS

Ketua

Prof. Dr.dr. M. Alimin Maidin, MPH

Anggota



Dr. Masni, Apt., MSPH



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang Bertanda Tangan Di Bawah Ini:

Nama : Rizky Chaeraty Syam

NIM : K012172009

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Konsentrasi : Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa seluruh tesis ini karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 17 Desember 2019

Yang Menyatakan,

Rizky Chaeraty Syam



ABSTRAK

RIZKY CHAERATY SYAM. Pendorong dan Penghambat Pola Asuh Anak *Stunting* Berbasis Keluarga (Studi Kasus Di Pemukiman Kumuh Kota Makassar) (Dibimbing oleh **Muhammad Syafar** dan **M. Alimin Maidin**)

Stunting merupakan bentuk paling umum kekurangan gizi pada anak di negara berkembang. Pola asuh merupakan peranan penting terhadap gangguan pertumbuhan pada anak. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji pola asuh anak *stunting* berbasis keluarga dilihat dari pendorong dan penghambat kejadian *stunting* di Pemukiman Kumuh Kota Makassar.

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Data diperoleh dengan cara *Focus Group Discussion* (FGD), *In-depth Interview* (wawancara mendalam), dan observasi tidak langsung pada 26 informan yang terdiri dari informan utama (Keluarga A dan keluarga B), dan informan pendukung (Petugas Gizi, Kader Posyandu, dan Tokoh Masyarakat) di Wilayah Pemukiman Kumuh Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Analisis isi digunakan untuk mengidentifikasi topik atau kategori dalam data.

Hasil penelitian dengan metode FGD menunjukkan bahwa belum pernah dilakukan intervensi spesifik dan sensitif terkait penanggulangan dan pencegahan *stunting*. Dukungan pelayanan kesehatan, dukungan keluarga, dukungan sosial (Tokoh Masyarakat), dan perawatan anak merupakan faktor pendorong pola asuh anak *stunting*. Faktor penghambat pola asuh anak *stunting* adalah pendapatan keluarga, pengetahuan keluarga, asupan makanan, dan lingkungan sosial. Secara keseluruhan pola asuh terhadap anak *stunting* sangat ditentukan oleh faktor pendorong dan faktor penghambat. Diharapkan kepada seluruh SDM Kesehatan untuk dapat memberikan perhatian lebih kepada masyarakat untuk lebih dini mengetahui kejadian *stunting* pada Balita dengan melakukan kerja sama lintas sektor dalam penanggulangan dan pencegahan *stunting*.

Kata kunci: Faktor Pendorong, Faktor Penghambat, *Stunting*, Pola Asuh, Keluarga.



ABSTRACT

Rizky Chaeraty Syam, *Reinforcers and Inhibitors of Parenting For Stunting Children (Case Studies In Slums Area Of Makassar City)*
(Supervised by **Muhammad Syafar** and **M. Alimin Maidin**)

Stunting is the most common form of malnutrition in children in developing countries. Parenting is an important role for growth disorders in children. This study aims to foster child-based family stunting as seen from the reinforcers and stunting inhibitors in the slums of Makassar City.

This study uses qualitative research with case study. Data were obtained by focus group discussion, in-depth interview, and observation non-participant on 26 informants consisting of informants consisting of key informants (Family A and family B), and supporting informant (Nutritionist, Posyandu Cadres and Public Figure) in the Slums of Makassar City, South Sulawesi. Content analysis was used to identify topics or categories in the data.

The results of the study using the FGD method showed that specific and sensitive interventions had not been carried out related to prevention and prevention of stunting. Health service support, family support, social support (Public Figure), and child care are reinforcers of parenting for stunting children. Inhibitors of Parenting for stunting children are family income, family knowledge, food intake, and social environment. Overall of parenting for stunting children are determined by reinforcers and inhibitors factors. This study recommends to health human resources to be able for giving more attention to the public to be able to give more attention to the public so that they can quickly find out about the occurrence of stunting in toddlers by conducting cross-sectoral cooperation for prevention stunting.

Keywords: Reinforcers, Inhibitors, Stunting, Parenting, Family



PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas segala limpahan kasih karunia, berkat dan tuntunan-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul "*Pendorong dan Penghambat Pola Asuh Anak Stunting Berbasis Keluarga (Studi Kasus Di Pemukiman Kumuh Kota Makassar)*". Sebagai salah satu syarat dalam memperoleh gelar Magister Kesehatan (M.Kes) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Promosi Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari selama dalam penulisan tesis ini tidak terlepas dari segala kekurangan dan keterbatasan baik dari segi isi dan cara penulisan. Namun karena adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak baik berupa meteril maupun dorongan moril, akhirnys penyusunan tesis ini dapat diselesaikan. Untuk itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih dan penghargaan setulusnya kepada **Bapak Prof. Dr. dr. Muhammad Syfar, MS** selaku pembimbing I dan **Bapak Prof. Dr.dr. M. Alimin Maidin, MPH** selaku pembimbing II yang dengan tulus ikhlas meluangkan waktu, tenaga, dan pemikiran dalam memberikan bimbingan kepada penulis sejak awal hingga terselesaikannya tesis ini.

Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dewan penguji yang telah memberikan masukan, saran, dan koreksi yang diberikan dalam proses penulisan tesis ini yakni, **Bapak Sudirman Nasir, S.Ked., MWH, Ph.D.,**



Bapak Prof. Dr. Stang, M.Kes., dan Ibu Dr.dr. Syamsiar S. Russeng, MS.

Semoga apa yang telah diberikan akan dibalas oleh Allah SWT dengan limpahan rahmat dan ridhonya.

Penyusunan tesis ini juga tidak lepas dari bantuan dan dukungan banyak pihak. Terima kasih banyak yang tak terhingga untuk orang tua penulis Ibunda tercinta **Herlinah Latief, SE** dan Ayahanda tercinta **Muhammad Syamsuar, SMI** atas segala cinta, kasih sayang dan untaian do'a yang tiada putus-putusnya untuk mengiringi setiap detak jantung, hembusan nafas dan langkah kaki demi keberhasilan penulis. Serta adik-adik penulis Syahratulnisa Syamsuar, S.Pd dan Chairil Amril Syam atas dukungan, bantuan dan do'anya.

Selanjutnya, penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat.
3. Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Ketua Program Studi S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat.
4. Sudirman Nasir, S.Ked., MWH, Ph.D selaku pembimbing akademik.
5. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat dan seluruh dosen

Departemen Promosi Kesehatan yang telah memberikan ilmu



pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat.

6. Seluruh staf dan pegawai FKM Unhas tanpa terkecuali atas segala arahan dan bantuan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan hingga selesai di FKM Unhas. Terkhusus untuk Pak Rahman, Ibu Venni, Ibu Ati, Ka Idil, Pak Aji, Ka Idja, dan Pak Syam.
7. Terspesial dan istimewa kepada teman, saudara/i, sahabat, kakak, dan adik yang ter – *Masya Allah* dalam memberikan bantuan baik dukungan moral/moril/finansial yang telah rela dan ikhlas dalam meluangkan dan memberikan waktunya mulai dari tahap awal pembuatan proposal, penelitian, hasil sampai saat ini Hardyanto M. Noer, SE., Uyuun Wiji Ismita, SKM., Ka Lisa Marlis, SKM., Suci Dwi Yanti, SKM, M.Kes., Amelia Dwi Ayu, SKM., Nurul Qalbi, SKM, M.Kes., Ka Serly, SKM, M.Kes., Ka Musyarrafah Hamdani, SKM., MKM., Ka Mesra Rahayu, SKM, M.Kes., Ka Andi Hardianti, SKM., M.Kes., Ka Iva Hardi Yanti, SKM., M.Kes., Ka Endang Werdyaningsing, SKM., M.Kes., Muliati Hidayat, SKM., Utami Hamdany Sakti, SKM, M.Kes., Zil Fadila AR, SKM, M.Kes., Tri Wulandari, SE., Ka Lia, SKM., M.Kes., Ulfiana Safitri, SKM., M.Kes. Semoga Allah SWT membalas segalanya dengan pahala yang berlipat ganda Aamiin.
8. Kepada pimpinan dan seluruh staf Puskesmas Rappokalling terkhusus untuk para Kader Posyandu, atas seluruh bantuannya yang bersedia

memberikan waktu dan kerjasamanya selama prose penelitian. Semoga SWT membalas segalanya dengan pahala berlipat ganda Aamiin.



9. Kepada seluruh masyarakat/ibu informan penelitian yang bersedia menerima, bekerjasama, dan memberikan waktunya setiap hari selama proses pengumpulan data penelitian. Semoga Allah SWT membalas segalanya dengan pahala yang berlipat ganda Aamiin.
10. Saudara dan saudari Konsentrasi Promkes Ria Rizka Mansur, S.Kep., NS., Kastria Afandi, S.Kep., NS., Nur Qadriyana Tahir, S.Kep., NS., Muhammad Syaiful Akbar, STr.OP .Angkatan 017 Ganjil dan Angkatan 018/019.
11. Teman-teman pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya Departemen Promosi Kesehatan yang selalu setia menjadi teman untuk berdiskusi dan bertukar pikiran.
12. Semua pihak yang telah membantu penyusunan tesis ini.

Akhir kata semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua Aamiin.

Makassar, 17 Desember 2019

Penyusun



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR KEASLIAN TESIS	iii
ABSTRAK INDONESIA	iv
ABSTRACT ENGLISH	v
PRAKATA	vi
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR MATRIKS	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH ASING	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Tinjauan Umum Tentang Pola Asuh Keluarga	12
B. Tinjauan Umum Tentang Balita	17
C. Tinjauan Umum Tentang <i>Stunting</i>	18
D. Tinjauan Umum Tentang Determinan Kejadian <i>Stunting</i>	28
E. Tinjauan Umum Tentang Pemukiman Kumuh	43
F. Sintesa Penelitian	47
G. Kerangka Teori	53
H. Kerangka Konsep	60
I. Definisi Konseptual	61



BAB III METODE PENELITIAN	63
A. Pendekatan dan Desain Peneliti	63
B. Pengelolaan Peran Peneliti	64
C. Lokasi Penelitian	64
D. Sumber Data	65
E. Teknik Pengumpulan Data	66
F. Teknik Pengolahan Data	70
G. Teknik Analisis Data	71
H. Pengecekan Validitas Temuan	72
I. Kerangka Oprasional Penelitian	75
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	76
A. Hasil Penelitian	76
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	76
2. Karakteristik Informan Penelitian	77
3. Hasil Penelitian	83
a. Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	84
b. Hasil <i>In-depth Interview</i> (Wawancara Mendalam)	92
c. Hasil Penjaringan Pengukuran Tinggi Badan	153
B. Pembahasan	156
1. Faktor Pendorong	158
a. Dukungan Pelayanan Kesehatan	158
b. Dukungan Keluarga	161
c. Dukungan Sosial (Tokoh Masyarakat)	164
d. Perawatan Anak	166
2. Faktor Penghambat	169
a. Pendapatan Keluarga	169
b. Pengetahuan Keluarga	171
c. Asupan Makanan	173
d. Lingkungan Sosial	175
e. Keterbatasan Penelitian	178
 PENUTUP	179



A. Kesimpulan	179
B. Saran	181
DAFTAR PUSTAKA	184
LAMPIRAN	193



DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel 2.1	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks (TB/U)	19
Tabel 2.2	Ringkasan Interaksi Antara Malnutrisi dan Penyakit Infeksi Utama Pada Kejadian <i>Stunting</i>	31



DAFTAR MATRIKS

Tabel		Halaman
Matriks 3.1	Kriteria Informan Penelitian	65
Matriks 3.2	Matriks Metode Pengumpulan Data	69
Matriks 4.1	Karakteristik Informan Keluarga A yang Memiliki Anak <i>Stunting</i>	79
Matriks 4.2	Karakteristik Anak <i>Stunting</i>	80
Matriks 4.3	Karakteristik Informan Keluarga B yang Memiliki Anak Bebas <i>Stunting</i>	81
Matriks 4.4	Karakteristik Anak Bebas <i>Sunting</i>	82
Matriks 4.5	Karakteristik Informan Pendukung SDM Kesehatan (Petugas Gizi & Kader Posyandu), dan Tokoh Masyarakat	83
Matriks 4.6	Hasil FGD Kel. Rappokalling & Tammua Masalah Gizi di Lingkungan Pemukiman	84
Matriks 4.7	Hasil FGD Kel. Rappokalling & Tammua Persepsi <i>Stunting</i> /Dattulu dan Intervensi <i>Stunting</i>	85
Matriks 4.8	Hasil FGD Kel. Rappokalling & Tammua Intervensi Gizi Spesifik	86
Matriks 4.9	Hasil FGD Kel. Rappokalling & Tammua Intervensi Gizi Sensitif	87
Matriks 4.10	Hasil FGD Kel. Rappokalling & Tammua Kendala & Usulan Program Kesehatan	88
Matriks 4.11	Hasil FGD Kel. Buloa & Tallo Masalah Gizi Di Lingkungan Pemukiman	89
Matriks 4.12	Hasil FGD Kel. Buloa & Tallo Persepsi <i>Stunting</i> /Dattulu dan Intervensi <i>Stunting</i>	89
	13 Hasil FGD Kel. Buloa & Tallo Intervensi Spesifik	90
	14 Hasil FGD Kel. Buloa & Tallo Intervensi Sensitif	91
	15 Hasil FGD Kel. Buloa & Tallo Kendala & Usulan	92



	Program Kesehatan	
Matriks 4.16	Hasil Pengukuran TB Anak Sekolah Dasar I Usia 6-7 Tahun	154
Matriks 4.17	Hasil Pengukuran TB Anak Sekolah Dasar II Usia 6-7 Tahun	155



DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
Gambar 2.1	Anak Normal dan Anak <i>Stunting</i>	19
Gambar 2.2	Jadwal Imunisasi Anak Usia 0-18 Tahun	37
Gambar 2.3	Teori Kurt Lewin	53
Gambar 2.4	Teori Kejadian <i>Stunting</i>	56
Gambar 2.5	Modifikasi Teori UNICEF dan Hendrik L Blum dalam Sumiati	56
Gambar 2.6	Teori WHO	58
Gambar 2.7	Modifikasi Teori Teori Kurt Lewin (1970), Teori Kejadian <i>Stunting</i> UNICEF (2007), Sumiati (2019), dan Teori WHO (1984)	59
Gambar 2.8	Kerangka Konsep Penelitian	60
Gambar 3.1	Kerangka Oprasional penelitian	75



DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH ASING

Singkatan	Keterangan
IMD	Inisiasi Menyusui Dini
ASI	Air Susu Ibu
MP-ASI	Makanan Pendamping Asi
PMT	Pemberian Makanan Tambahan
UKS	Usaha Kesehatan Sekolah
PROGAS	Program Gizi Anak Sekolah
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
ANC	<i>Antenatal Care</i>
HPK	Hari Pertama Kehidupan
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KB	Keluarga Berencana
BB/U	Berat Badan / Umur
TB/U	Tinggi Badan / Umur
BB/TB	Berat Badan / Tinggi Badan
BBLR	Berat Badan Lahir Rendah
Balita	Bayi Lima Tahun
Baduta	Bayi Dua Tahun
MMD	<i>Minimum Dietary Diversity</i>
MMF	<i>Minimum Meal Frequency</i>
Pra-Konsepsi	Persiapan Kehamilan
TBC	Tuberkulosis
ISPA	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
TKPM	Tinggi Kalori, Protein, dan Mikronutrein
Toga	Tokoh Agama
Ma	Tokoh Masyarakat
kes	Dinas Kesehatan
N	Jaminan Kesehatan Nasional



JAMPERSAL	Jaminan Persalinan Universal
PAUD	Pendidikan Anak Usia Dini
Kemendes	Kementrian Kesehatan
SDGS	<i>Sustainable Development Goals</i>
SUN	<i>Scalling-Up Nutrition</i>
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
UU	Undang-Undang
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
WHO	<i>World Health Assembly</i>
Extrovet	Membuka Diri
Introvert	Menutup Diri
NGO	<i>Non Goveremnet Oraganization</i>



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

Lampiran 1	Permintaan Menjadi Informan	193
Lampiran 2	Informed Consent	194
Lampiran 3	Pedoman Wawancara Keluarga	195
Lampiran 4	Pedoman Wawancara Petugas Kesehatan	198
Lampiran 5	Pedoman Wawancara Kader	201
Lampiran 6	Pedoman Wawancara Tokoh Masyarakat	204
Lampiran 7	Inform Consent <i>Focus Group Discussion</i>	207
Lampiran 8	Pedoman <i>Focus Group Discussion</i>	208
Lampiran 9	Lembar Observasi	212
Lampiran 10	Matriks Hasil Wawancara FGD & <i>In-dept Interview</i>	214
Lampiran 11	Dokumentasi Kegiatan Penelitian	293
Lampiran 12	Surat Permohonan Pengambilan Data Awal	298
Lampiran 13	Surat Permohonan Izin Penelitian	299
Lampiran 14	Surat Izin Penelitian PTSP	300
Lampiran 15	Surat Izin Penelitian Pemkot Makassar	301



Lampiran 16	Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan Kota Makassar	302
Lampiran 17	Surat Keterangan Etik Penelitian	303
Lampiran 18	Surat Keterangan Telah Selesai Melakukan Penelitian	304
Lampiran 19	Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak	305
Lampiran 20	Buklet 1000 Hari Pertama	308
Lampiran 21	Curriculum Vitae	313



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak Balita (bayi lima tahun) dengan panjang atau tinggi badan berada di bawah minus dua standar deviasi ($<-2SD$). Hal tersebut diakibatkan karena kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Sehingga, tinggi badan anak lebih pendek dan sangat pendek dibandingkan dengan anak normal seusianya dan memiliki keterlambatan dalam berfikir (Hagos et al., 2017, Kemenkes RI, 2018a).

Stunting merupakan bentuk paling umum kekurangan gizi pada anak di negara berkembang. Masalah *stunting* terutama disebabkan karena cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan, lingkungan, ketahanan pangan, dan adanya pengaruh dari pola asuh (Horton, 2013). Masih kurangnya pola asuh stimulasi psikososial pada anak *stunting* dan anak normal menunjukkan masih banyak anak-anak yang membutuhkan perhatian lebih, begitupun dengan tingkat sosial ekonomi anak *stunting* lebih rendah karena mereka tidak tumbuh dengan baik (Masrul, 2019). Dalam penerapan pola asuh, terdapat beberapa hal yang penting diperhatikan yaitu Inisiasi Menyusu Dini (IMD), menyusui eksklusif sampai

6 bulan, dan pemberian ASI dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI (MP-ASI) sampai dengan 2 tahun yang merupakan proses



untuk membantu tumbuh kembang bayi dan anak (Kemenkes RI, 2018a).

Stunting terjadi mulai dari pra-konsepsi ketika seorang remaja menjadi ibu yang kurang gizi dan anemia (Kemenkes RI, 2018a). *Stunting* memberikan efek jangka panjang seperti kelangsungan hidup yang menurun, perkembangan kognitif dan motorik yang terganggu, produktivitas ekonomi yang menurun, dan kesempatan untuk hidup dalam kemiskinan yang lebih tinggi di masa dewasa (UNICEF, 2018). Faktor utama penyebab *stunting* yaitu 1) asupan makanan yang tidak seimbang, 2) berat badan lahir rendah (BBLR), dan 3) kejadian riwayat penyakit infeksi anak (UNICEF, 2007).

Penelitian lain menyebutkan faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* antara lain adalah keadaan gizi ibu saat hamil, status BB bayi saat lahir, mendapatkan IMD atau tidak, pemberian ASI Eksklusif, MP-ASI, dan pola asuh orang tua serta pengaruh rokok di lingkungan keluarga (Ruaida, 2018). Pola asuh merupakan peranan penting terhadap gangguan pertumbuhan pada anak. Terdapat tiga komponen yang harus diperhatikan yaitu makanan, kesehatan, dan rangsangan psikososial merupakan faktor yang berperan dalam pertumbuhan anak yang optimal (Engle et al., 1999, Pratiwi et al., 2016).

Pola asuh merupakan interaksi antara orang tua dan anak yang terdiri atas praktik merawat dan praktik memberikan makanan pada anak

al., 2019). Terdapat hubungan antara pola asuh orang tua dalam praktik merawat dan praktek pemberian makanan balita dengan status



gizi balita (BB/U) (Kuhu et al., 2016). Semakin baik pola asuh yang diberikan maka semakin baik status gizi balita dan sebaliknya apabila ibu memberikan pola asuh yang kurang baik dalam pemberian makanan pada balita maka status gizi balita juga akan terganggu (Munawaroh, 2016). Pada kejadian *stunting* sangatlah penting mengkonsumsi ikan karena banyak mengandung protein dan mikronutrien sehingga terjadinya perkembangan dan pertumbuhan anak (Rachim and Pratiwi, 2017). Penelitian lainnya menunjukkan tidak ada hubungan antara praktik perawatan anak dan praktik pemberian makan dengan status gizi berdasarkan indeks (BB/U, TB/U, BB/TB) (Saisab et al., 2018).

Pemberian IMD dan ASI Eksklusif menurunkan risiko kejadian *stunting* pada anak usia 6-24 bulan (Permadi, 2016), karena ASI merupakan makanan terbaik dengan zat gizi lengkap yang sangat bagus untuk kebutuhan bayi dalam pertumbuhan dan perkembangannya (Namangboling et al., 2017). Pemberian ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saja kepada bayi tanpa diberi makanan dan minuman lain sejak dari lahir sampai 6 bulan, terkecuali obat dan vitamin (Depkes RI, 2003). Anak yang diberi ASI kurang dari 2 tahun lebih cenderung mengalami *stunting* dibandingkan anak yang diberi ASI lebih atau sama dengan 2 tahun (Sakti et al., 2018).

WHO/UNICEF dalam ketentuannya mengharuskan bayi usia 6-23

perikan MP-ASI yang adekuat dengan ketentuan dapat menerima 4 atau lebih dari 7 jenis makanan dengan memperhatikan *Minimum*



Dietary Diversity (MMD) dan *Minimum Meal Frequency* (MMF) bayi yang diberi atau tidak diberi ASI dan sudah mendapatkan MP-ASI (WHO, 2014). Pemanfaatan ASI dan pemberian MP-ASI yang tepat dan baik merupakan kunci pemeliharaan gizi bayi sampai usia 24 bulan (Kustiani and Misa, 2018). Pemberian MP-ASI merupakan faktor yang memberikan hubungan antara pola asuh dengan kejadian *stunting* Aridiyah et al. (2015) dan praktik pemberian MP ASI yang tepat terbukti dapat menurunkan angka kejadian *stunting* (Widaryanti, 2019).

Status imunisasi anak pada hasil penelitian Sumiati (2019) yang sejalan dengan penelitian Barahima (2019) tidak ada hubungan dengan kejadian *stunting* walaupun berhubungan dengan sistem imunitas balita. Meski tidak terdapat hubungan yang signifikan namun risiko untuk mengalami *stunting* masih ada. Determinan kejadian *stunting* pada balita di Etiopia Utara juga menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara imunisasi dengan kejadian *stunting* (Abeway et al., 2018). Hal ini menunjukkan balita yang menderita *stunting* bukan hanya balita yang tidak memiliki riwayat imunisasi tidak lengkap karena dipengaruhi beberapa faktor pendidikan dan pola pengasuhan orang tua dan pola asuh makan pada balita.

Penelitian sebelumnya yang dilakukan di Kecamatan Tallo menunjukkan jumlah anak *stunting* usia 18-23 bulan sebesar 39,3%.

adanya hubungan yang signifikan antara perhatian/dukungan ibu
) anak dalam praktek pemberian makanan, rangsangan



psikososial, kebersihan/hygiene dan sanitasi lingkungan serta pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kejadian *stunting* (Renyonet et al., 2012). Hasil penelitian Pratiwi et al. (2016) pola asuh psikososial tidak terdapat adanya hubungan signifikan dengan status gizi anak.

Pemantauan Status Gizi tahun 2016 di Kota Makassar prevalensi *stunting* sebesar 25,2%. Sedangkan data tahun 2018 prevalensi *stunting* 5,04% dan meningkat kembali Juni 2019 sebesar 2,97% (Dinkes Kota Makassar, 2018-2019). Prevalensi kejadian *stunting* di Provinsi Sulawesi Selatan sebesar 34,8%. Berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2018 kejadian *stunting* sebesar 30,8% (Kemenkes RI, 2018c).

Hasil Riskesdas (2018) menunjukkan penurunan prevalensi *stunting* di tingkat Nasional sebesar 6,4% selama periode 5 tahun, yaitu dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018). Sedangkan data hasil Pemantauan Status Gizi (2017) persentase kejadian *stunting* di Indonesia balita usia (0-59) bulan sebesar 29,6% (kemenkes RI, 2013b, Kemenkes RI, 2018c).

WHO telah menetapkan target pengurangan secara global sebesar 40% jumlah anak balita *stunting* pada tahun 2025 (WHO, 2014). Global Nutrition Report 2016 mencatat prevalensi *stunting* di Indonesia berada pada peringkat 108 dari 132 negara. Dalam laporan sebelumnya, Indonesia tercatat sebagai salah satu dari 17 negara yang mengalami beban ganda gizi, baik kelebihan maupun kekurangan gizi. Di kawasan Asia Tenggara,

prevalensi *stunting* di Indonesia merupakan tertinggi kedua, setelah Filipina (Internasional Food Policy Research Institute, 2016).



Stunting telah mempengaruhi sebagian besar anak-anak secara global. Tahun 2017 tercatat 22,2 persen atau 150,8 juta anak di bawah 5 tahun di dunia menderita *stunting*, sedangkan di Asia sendiri terdapat 83,6 juta anak menderita *stunting* (UNICEF, 2018).

Penyebab *stunting* secara garis besar dikelompokkan dalam tiga tingkatan yaitu individu, rumah tangga (keluarga), dan masyarakat. Penyebab langsung masalah *stunting* berakar pada tingkat rumah tangga (keluarga) yaitu tingkat pendapatan, kualitas dan kuantitas asupan makanan tidak memadai, jumlah dan struktur anggota keluarga, jarak kelahiran, pelayanan kesehatan yang tidak memadai, pola asuh makan anak yang tidak memadai seperti halnya praktik pemberian makan yang buruk selama kehamilan serta sanitasi yang tidak memadai menjadi faktor penyebab *stunting* dimana faktor ini terjadi akibat faktor pada tingkat masyarakat (UNICEF, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian Sakti et al. (2018) yang dilakukan di Pemukiman Kumuh Kota Makassar, berdasarkan data primer Puskesmas Rappokalling jumlah anak *stunting* usia 24-59 bulan sebesar 25,4% dan hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara risiko BBLR, pemberian ASI yang tidak eksklusif, riwayat penyakit infeksi, pendidikan ibu dan pendapatan yang rendah merupakan faktor risiko *stunting*. Data primer jumlah kejadian *stunting* di Pemukiman Kumuh Kota Makassar wilayah

skesmas Rappokalling tahun 2018 sebanyak 28 orang dan terjadi an Juni 2019 sebanyak 10 orang dari 2.106 sasaran (Puskesmas



Rappokalling, 2018-2019). Sedangkan beberapa hasil penelitian sebelumnya, faktor penyebab dalam tingkat rumah tangga (keluarga) mempengaruhi secara langsung keadaan individu yaitu pada anak yang berusia dibawah 5 tahun dalam hal pemberian asupan makanan yang tidak seimbang, berat badan lahir rendah (BBLR) serta status kesehatan yang buruk (UNICEF, 2007). Pola asuh gizi juga merupakan pola perilaku dalam praktek pemberian perawatan yang dilakukan baik oleh orang tua, kakek, nenek, pengasuh, tenaga perawat atau bahkan tetangga dan saudara balita yang berkaitan dengan status gizi. Ada tiga faktor yang mempengaruhi pola asuh gizi, yaitu sosiobudaya, keadaan politik dan keadaan ekonomi (Barahima, 2019).

Berdasarkan beberapa fakta yang telah diuraikan pada paragraf-paragraf sebelumnya, dapat diketahui bahwa meskipun telah banyak dilakukan penelitian terkait dengan determinan dan pola penanggulangan kejadian *stunting* di Indonesia, khususnya pada aspek pemberian pola asuh. Tetapi masih sedikit yang meneliti terkait dengan aspek pendorong dan penghambat pola asuh berbasis keluarga. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti aspek tersebut, khususnya penerapan pola asuh anak *stunting* berbasis keluarga di Pemukiman Kumuh Kota Makassar.



B. Rumusan Masalah

Masalah *stunting* merupakan salah satu masalah gizi yang sedang dihadapi Indonesia. Hal ini sangat penting karena menyangkut kualitas sumber daya manusia di masa yang akan datang.

Tiga komponen penanggulangan utama *stunting* yaitu pola asuh, pola makan, dan sanitasi termasuk di dalam intervensi Gizi Spesifik berkenaan dengan intervensi kesehatan yang berkontribusi 30% pada penurunan *stunting* dan Gizi Sensitif mencakup intervensi non kesehatan yang berkontribusi 70% terhadap penurunan *stunting*.

Pola asuh dapat dilakukan bukan hanya oleh orang tua saja melainkan dapat dilakukan oleh nenek, kakek, saudara, pengasuh, tenaga perawat atau bahkan tetangga. Pengasuhan anak juga mencakup perawatan kesehatan, pemenuhan gizi, dan pemenuhan stimulasi agar anak dapat berkembang secara optimal. Pola pengasuhan yang berkualitas mampu menekan dan mengurangi kasus *stunting* akibat kekurangan gizi pada anak-anak usia dini.

Sanitasi lingkungan yang tidak baik berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita, Oleh karena itu perlu adanya peningkatan sanitasi lingkungan untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan pada balita yang dapat mempengaruhi status gizi balita. Oleh karena itu timbul pertanyaan penelitian bagaimana pendorong dan penghambat pola asuh

stunting berbasis keluarga terhadap kejadian *stunting* di Pemukiman Kota Makassar.



C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengkaji pola asuh anak *stunting* berbasis keluarga dilihat dari pendorong dan penghambat kejadian *stunting* di Pemukiman Kumuh Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Menganalisis faktor pendorong dukungan pelayanan kesehatan dari aspek akses informasi, ketersediaan SDM Kesehatan (Petugas Gizi & Kader Posyandu), dan ketersediaan fasilitas kesehatan terkait pola asuh anak *stunting*.
- b. Menganalisis faktor pendorong dukungan keluarga dari aspek pemberian perawatan anak, ketersediaan makanan bergizi, sanitasi, dan pola pengasuhan anak terkait pola asuh anak *stunting*.
- c. Menganalisis faktor pendorong dukungan sosial Tokoh Masyarakat dari aspek penanggulangan dan pencegahan *stunting*, dan edukasi pengasuhan anak terkait pola asuh anak *stunting*.
- d. Menganalisis faktor pendorong perawatan anak dari aspek pemberian IMD dan ASI Eksklusif, usia pemberian MP-ASI, dan status imunisasi terkait pola asuh anak *stunting*.
- e. Menganalisis faktor penghambat pendapatan keluarga terkait pola asuh anak *stunting*.

Menganalisis faktor penghambat pengetahuan keluarga terkait pola



asuh anak *stunting*.

g. Menganalisis faktor penghambat asupan makanan dari aspek makanan yang diberikan dan makanan yang dikonsumsi terkait pola asuh anak *stunting*.

h. Menganalisis faktor penghambat lingkungan sosial dari aspek sanitasi dan ketersediaan air bersih, dan interaksi sosial disekitar tempat tinggal terkait pola asuh anak *stunting*.



D. Manfaat Penelitian

Pengalaman-pengalaman serta informasi yang didapat dari hasil penelitian ini diharapkan akan dapat memberikan kontribusi (manfaat) sebagai berikut :

1. Manfaat Praktis

Dapat memberikan informasi atau masukan kepada instansi terkait dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Makassar untuk menjadi acuan penanggulangan pencegahan penurunan kejadian *stunting* di Kota Makassar.

2. Manfaat Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan bahan bagi masyarakat dan peneliti selanjutnya terkait dengan pendorong dan penghambat pengasuhan orang tua terhadap anak *stunting* berbasis keluarga.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini memberikan pengalaman yang sangat berharga bagi peneliti dalam rangka memperluas pengetahuan dan mengasah kemampuan dalam menganalisis suatu permasalahan kesehatan di masyarakat.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Pola Asuh Keluarga

1. Definisi Pola Asuh

Keluarga merupakan kelompok primer yang paling penting dalam masyarakat. Keluarga merupakan group yang terbentuk dari sebuah perhubungan laki-laki dan wanita, perhubungan banyak berlangsung lama untuk membesarkan dan menciptakan anak-anak termasuk pola asuh, cara merawat anak-anaknya hingga menjadi dewasa (Achmadi, 1999).

Agar pola hidup anak sesuai dengan standar kesehatan, selain harus mengatur pola makan anak yang benar juga tak kalah pentingnya mengatur pola asuh yang benar. Pola asuh yang benar dapat dilakukan dengan memberikan perhatian penuh dan kasih sayang pada anak serta memberikan waktu yang cukup agar dapat merasakan kebersamaan dengan seluruh anggota keluarga (Setiawan, 2015).

Pola asuh terdiri dari dua kata yaitu pola dan asuh. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, pola berarti corak, model, sistem, cara kerja, bentuk (struktur) yang tetap. Sedangkan kata asuh dapat berarti menjaga (merawat dan mendidik) anak kecil, membimbing (membantu,

dan sebagainya), dan memimpin (mengepalai dan mengendalikan) satu badan atau lembaga (Departemen Pendidikan



Indonesia, 2008).

Pola asuh orang tua adalah interaksi antara orang tua dengan anak, dimana orang tua memberikan stimulasi pada anak dengan memenuhi kebutuhan anak, mendidik, membimbing, menanamkan nilai-nilai kedisiplinan anak baik dalam tingkah laku serta pengetahuan agar tumbuh kembang anak berkembang secara optimal dengan penguatan yang diberikan orang tua.

Pengasuhan anak adalah pengasuhan dan pendidikan anak-anak diluar rumah secara komperhensif untuk melengkapi pengasuhan dan pendidikan anak yang diterima dari keluarganya. Program-program pengasuhan anak ditujukan untuk memenuhi beragam kebutuhan (Morrison, 2016).

2. Dimensi Pola Asuh

Salah satu teori yang berbeda yang juga diungkapkan oleh Hersey and Blanchard (1978) memandang pola asuh adalah suatu bentuk kepemimpinan yang berarti merupakan proses mempengaruhi orang lain secara kuat dalam hal ini mempengaruhi anaknya. Kedua tokoh ini mengungkapkan bahwa pola asuh bersifat situasional yang berarti orangtua harus melihat dari kemauan dan kemampuan anak mereka untuk bertanggung jawab terhadap perilaku yang mereka lakukan. Mereka juga mengungkapkan bahwa pada prinsipnya, pola

terdiri atas dua dimensi perilaku yaitu :



a. Directive Behavior

Merupakan pola komunikasi yang searah dimana hanya orangtua yang menguraikan maksud peran anak dan memberitahu apa saja yang harus mereka lakukan, dimana, kapan dan bagaimana melakukan suatu tugas menjadi anak.

b. Supportive Behavior

Merupakan pola komunikasi yang dua arah dimana orangtua juga mendengarkan maksud dan keinginan dari anak, memberi dorongan, kasih sayang, mengarahkan anak ke arah yang positif dengan teguran yang juga positif.

3. Faktor yang Mempengaruhi Pola Asuh

Menurut Hurlock (2006), ada beberapa faktor yang mempengaruhi pola asuh, yaitu:

a. Pendidikan orang tua

Orang tua yang mendapat pendidikan yang baik, cenderung menetapkan pola asuh yang lebih demokratis dibandingkan dengan orang tua yang pendidikannya terbatas. Pendidikan membantu orang tua untuk lebih memahami kebutuhan dan sifat berbeda setiap anak-anaknya.

b. Kelas sosial

Orang tua dari kelas sosial menengah cenderung lebih permisif

banding dengan orang tua dari kelas sosial bawah.



c. Konsep tentang peran orang tua

Tiap orang tua memiliki konsep yang berbeda-beda tentang bagaimana seharusnya orang tua berperan. Orang tua dengan konsep tradisional cenderung memilih pola asuh yang ketat dibanding orang tua dengan konsep nontradisional.

d. Kepribadian orang tua

Pemilihan pola asuh dipengaruhi oleh kepribadian orang tua. Orang tua yang berkepribadian tertutup dan konservatif cenderung akan memperlakukan anak dengan ketat dan otoriter.

e. Kepribadian anak

Tidak hanya kepribadian orang tua saja yang mempengaruhi pemilihan pola asuh, tetapi juga kepribadian anak. Anak yang *ekstrovert* akan bersifat lebih terbuka terhadap rangsangan-rangsangan yang datang pada dirinya dibandingkan dengan anak yang *introvert*.

4. Tipe Pola Asuh

Menurut Hurlock (1990) menyatakan bahwa pola asuh ada 3 macam yaitu :

a. Pola Asuh Otoriter

Pola asuh ini ditandai dengan adanya aturan-aturan yang kaku dari orang tua, orangtua memaksakan kehendak pada anaknya, menyebabkan anak menjadi tertekan dan tidak bisa mengambil keputusan sendiri. Pola asuh otoriter dapat berdampak



buruk pada anak, yaitu anak merasa tidak bahagia, ketakutan, tidak terlatih untuk berinisiatif (kurang berinisiatif), selalu tegang, cenderung ragu, tidak mampu menyelesaikan masalah, kemampuan komunikasinya buruk serta mudah gugup, akibat seringnya mendapat hukuman dari orang tua. Pola asuh seperti ini orangtua yang selalu menentukan segala sesuatu kepada anak.

b. Pola Asuh Permisif

Pola asuh ini ditandai dengan adanya kebebasan tanpa batas pada anaknya untuk berperilaku sesuai dengan keinginannya sendiri menggunakan peraturan sedikit, orangtua bersikap longgar pada anak, sehingga anak diperbolehkan berbuat apa saja yang dia inginkan, orangtua tidak memberi tahu bahwa perbuatan anaknya benar atau salah, menyebabkan anak menjadi orang yang sulit dibimbing, lebih mementingkan dirinya sendiri.

Pola asuh permisif memuat hubungan antara anak-anak dan orang tua penuh dengan kasih sayang, tapi menjadikan anak agresif dan suka menuruti kata hatinya. Secara lebih luas, kelemahan orang tua dan tidak konsistennya disiplin yang diterapkan membuat anak-anak tidak terkendali, tidak patuh, dan tingkah laku agresif di luar lingkungan keluarga. Pola asuh seperti ini, akan menimbulkan serangkaian dampak buruk yaitu anak akan mempunyai harga diri

yang rendah, tidak punya kontrol diri yang baik, kemampuan sosialnya buruk, dan merasa bukan bagian yang penting untuk orang



tuanya.

c. Pola Asuh Demokratis

Pola asuh demokratis ditandai dengan adanya sikap terbuka antara orang tua dengan anaknya. Orangtua memberikan aturan-aturan yang jelas. Serta menjelaskan akibat yang terjadi apabila peraturan dilanggar dengan aturan yang selalu diulang agar anak dapat memahaminya, memberi kesempatan pada anak untuk berpendapat, anak diberi hadiah atau pujian apabila telah berbuat sesuatu sesuai dengan harapan orangtua, sehingga anak memiliki kemampuan sosialisasi yang baik, memiliki rasa percaya diri dan bertanggung jawab. Pola asuh demokratis dihubungkan dengan tingkah laku anak-anak yang memperlihatkan emosional positif, sosial, dan pengembangan kognitif.

B. Tinjauan Umum tentang Balita

Balita adalah anak dengan usia dibawah 5 tahun dengan karakteristik pertumbuhan yakni pertumbuhan cepat pada usia 0-1 tahun dimana umur 5 bulan berat badan naik 2x berat badan lahir, dan 3x berat badan lahir pada umur 1 tahun dan menjadi 4x pada umur 2 tahun. Balita merupakan kelompok anak yang berada dalam proses pertumbuhan, dan perkembangan fisik contohnya koordinasi motorik halus dan motorik kasar

kecerdasan yang sesuai dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan yang dilalui oleh anak. Pada ketiga tahap tersebut, banyak perubahan baik fisik maupun psikologis yang akan mempengaruhi



tumbuh kembang anak (Septiari, 2012).

Anak Bawah Lima Tahun atau sering disingkat sebagai anak balita adalah anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun atau lebih populer dengan usia anak di bawah lima tahun, atau biasa juga digunakan perhitungan bulan yaitu usia 12-59 bulan. Para ahli menggolongkan usia balita sebagai tahapan perkembangan anak yang cukup rentan terhadap berbagai serangan penyakit, termasuk penyakit yang disebabkan oleh kekurangan atau kelebihan asupan nutrisi jenis tertentu. Setiap tahun lebih dari sepertiga kematian anak di dunia berkaitan dengan masalah kurang gizi (Kemenkes, 2015).

C. Tinjauan Umum tentang *Stunting*

1. Definisi *stunting*

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita. Akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir akan tetapi, kondisi *stunting* baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun (TNP2K, 2017).





Gambar 2.1 Anak Normal dan Anak *Stunting*

Definisi lain menyebutkan bahwa 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). Kategori status gizi berdasarkan indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) anak umur 0-60 bulan dibagi menjadi sangat pendek, pendek, dan normal (UNICEF, 2013).

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks (TB/U) Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak Kemenkes Direktorat Bina Gizi 2011

Indeks	Status Gizi	Z-score
TB/U	Sangat Pendek (<i>Severe Stunting</i>)	<-3,0
	Pendek (<i>Stunting</i>)	≥-3,0 s/d <-2,0
	Normal	≥-2,0

Sumber : (Kemenkes RI)

Seorang anak yang mengalami kekerdilan (*stunted*) sering terlihat anak dengan tinggi badan yang normal, namun sebenarnya mereka



lebih pendek dari ukuran tinggi badan normal untuk anak seusianya. *Stunting* terkait dengan lebih rendahnya perkembangan kognitif dan produktivitas. *Stunting* pada anak merupakan indikator utama dalam menilai kualitas modal sumber daya manusia di masa mendatang. Gangguan pertumbuhan yang diderita anak di awal kehidupan, dimana *stunting* dapat menyebabkan kerusakan yang permanen. Keberhasilan perbaikan ekonomi yang berkelanjutan dapat dinilai dengan berkurangnya kejadian *stunting* pada anak-anak usia dibawah 5 tahun (UNSCN, 2011).

Sesuai standar WHO, suatu wilayah dikatakan kategori baik bila prevalensi balita pendek kurang dari 20% dan prevalensi balita kurus kurang dari 5%, sebaliknya suatu negara dikatakan mengalami masalah gizi akut bila prevalensi balita pendek kurang dari 20% dan prevalensi balita kurus 5% atau lebih (Kemenkes RI, 2018b).

2. Penyebab *Stunting*

Stunting disebabkan oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Kurangnya asupan gizi dalam jangka waktu yang lama sejak konsepsi sampai anak usia 2 tahun, anak sering sakit terutama diare, TBC, campak dan penyakit infeksi lainnya, keterbatasan air bersih, sanitasi serta ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga yang rendah dapat menyebabkan *stunting* (Kemenkes RI, 2018a).

Intervensi yang paling menentukan untuk dapat mengurangi prevalensi *stunting* oleh karenanya perlu dilakukan pada 1.000 Hari



Pertama Kehidupan (HPK) dari anak balita. Beberapa faktor penyebab *stunting* sebagai berikut (TNP2K, 2017, WHO, 2017):

- a. Praktek pengasuhan yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan/mulai diperkenalkan ketika balita berusia di atas 6 bulan. Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MPASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI, serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan maupun minuman.
- b. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC-*Ante Natal Care* (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) Post Natal Care dan pembelajaran dini yang berkualitas.
- c. Masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi. Terbatasnya akses ke makanan bergizi di Indonesia juga dicatat telah berkontribusi pada 1 dari 3 ibu hamil yang mengalami anemia. Di Jakarta 94% harga makanan lebih mahal dibandingkan dengan di

ew Delhi, India. Seperti buah dan sayuran di Indonesia lebih mahal daripada di Singapura.



- d. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi. Data yang diperoleh di lapangan menunjukkan bahwa 1 dari 5 rumah tangga di Indonesia masih buang air besar (BAB) di ruang terbuka, serta 1 dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum bersih.

3. Dampak *Stunting*

Anak yang *stunting* rata-rata memiliki imunitas lebih buruk dibandingkan dengan anak sebayanya dengan pertumbuhan normal. Ini karena kondisi kurangnya asupan nutrisi dapat secara langsung memengaruhi kebugaran tubuh. Dampak yang ditimbulkan *stunting* dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang, sebagai berikut WHO (2017):

a. Dampak jangka pendek :

- 1) Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian
- 2) Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak tidak optimal
- 3) Peningkatan biaya kesehatan.

b. Dampak jangka panjang :

- 1) Postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya)
- 2) Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya
- 3) Menurunnya kesehatan reproduksi

-) Kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah



5) Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.

Dampak *stunting* juga nampak pada hambatan perkembangan kognitif anak dan berpeluang menderita penyakit degeneratif. Sehingga disimpulkan bahwa *stunting* berdampak sangat signifikan terhadap prestasi belajar anak (Widanti, 2017). *Stunting* dalam beberapa penelitian penyebabnya pada suatu populasi yaitu kemiskinan, alasannya karena dengan kemampuan otak yang kurang dan kecenderungan mudah sakit maka daya saing populasi tersebut jadi lebih rendah.

4. Pencegahan dan Penanggulangan

Stunting merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk pada tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2025 (Fund and (Bappenas), 2017).

Pemerintah menetapkan *stunting* sebagai salah satu program prioritas. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi *stunting* di antaranya sebagai berikut Kemenkes RI (2018a):



Hamil dan Bersalin

Intervensi pada 1.000 hari pertama kehidupan

- 2) Mengupayakan jaminan mutu ante natal care (ANC) terpadu
- 3) Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan
- 4) Menyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan mikronutrien (TKPM)
- 5) Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular)
- 6) Pemberantasan kecacingan
- 7) Meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam Buku KIA
- 8) Menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif dan penyuluhan dan pelayanan KB.

b. Balita

- 1) Pemantauan pertumbuhan balita
- 2) Menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita
- 3) Menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak dan memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

c. Anak Usia Sekolah

- 1) Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
- 2) Memperkuat kelembagaan Tim Pembina UKS
- 3) Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS) dan memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba.



d. Remaja

- 1) Meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba
- 2) Pendidikan kesehatan reproduksi.

e. Dewasa Muda

- 1) Penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB)
- 2) Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular)
- 3) Meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba.

Pada 2010, gerakan global yang dikenal dengan *Scaling-Up Nutrition* (SUN) diluncurkan dengan prinsip dasar bahwa semua penduduk berhak untuk memperoleh akses ke makanan yang cukup dan bergizi. Pada 2012, Pemerintah Indonesia bergabung dalam gerakan tersebut melalui perancangan dua kerangka besar Intervensi *Stunting*. Kerangka Intervensi *Stunting* yang dilakukan oleh Pemerintah Indonesia terbagi menjadi dua, yaitu Intervensi Gizi Spesifi dan Intervensi Gizi Sensitif.

Intervensi Gizi Spesifi. Ini merupakan intervensi yang ditujukan kepada anak dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan berkontribusi pada 30% penurunan *stunting*. Kerangka kegiatan

Intervensi gizi spesifik umumnya dilakukan pada sektor kesehatan. Intervensi Gizi Spesifik dapat dibagi menjadi beberapa intervensi utama



yang dimulai dari masa kehamilan ibu hingga melahirkan balita :

- a. Intervensi Gizi Spesifik dengan sasaran Ibu Hamil. Intervensi ini meliputi kegiatan 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/colostrum serta mendorong pemberian ASI Eksklusif.
- c. Intervensi Gizi Spesifik dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 7-23 bulan. Intervensi ini meliputi kegiatan untuk mendorong penerusan pemberian ASI hingga anak/bayi berusia 23 bulan. Kemudian, setelah bayi berusia di atas 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.

Intervensi Gizi Sensitif. Kerangka ini idealnya dilakukan melalui berbagai kegiatan pembangunan diluar sektor kesehatan dan

kontribusi pada 70% Intervensi *Stunting*. Intervensi Gizi Sensitif dapat dilakukan di berbagai lokasi dan dilaksanakan melalui beberapa kegiatan yang umumnya makro dan



dilakukan secara lintas Kementerian dan Lembaga. Ada 12 kegiatan yang dapat berkontribusi pada penurunan *stunting* melalui Intervensi Gizi Sensitif sebagai berikut :

- 1) Menyediakan dan memastikan akses terhadap air bersih.
- 2) Menyediakan dan memastikan akses terhadap sanitasi.
- 3) Melakukan fortifikasi bahan pangan.
- 4) Menyediakan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB)
- 5) Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- 6) Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (JAMPERSAL).
- 7) Memberikan pendidikan pengasuhan pada orang tua.
- 8) Memberikan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) Universal.
- 9) Memberikan pendidikan gizi masyarakat.
- 10) Memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja.
- 11) Menyediakan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin.
- 12) Meningkatkan ketahanan pangan dan gizi.

Kedua kerangka Intervensi *Stunting* di atas sudah direncanakan dan dilaksanakan oleh Pemerintah Indonesia sebagai bagian dari upaya nasional untuk mencegah dan mengurangi prevalensi *stunting* (TNP2K, 2017).



D. Tinjauan Umum tentang Determinan Kejadian *Stunting*

UNICEF (2007) gambaran faktor yang menyebabkan kekurangan gizi dan telah digunakan secara internasional, terbagi atas dua tahap penyebab kekurangan gizi pada balita yaitu penyebab langsung dan tidak langsung serta akar masalah/pokok masalah dari kekurangan gizi. Menurut Soekirman dalam Materi Pangan dan Gizi Nasional (Departemen Kesehatan RI and Nasional, 2007) dalam Waryana (2010) penyebab kurang gizi diuraikan sebagai berikut :

1. Penyebab langsung

Penyebab langsung timbulnya masalah gizi yaitu makanan yang dikonsumsi anak dan penyakit infeksi anak. Timbulnya gizi kurang bukan saja karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita gizi kurang. Sebaliknya anak yang makan tidak cukup baik maka daya tahan tubuhnya (imunitas) dapat melemah, sehingga mudah diserang penyakit infeksi, kurang nafsu makan dan akhirnya mudah terkena gizi kurang. Sehingga disini terlihat interaksi antara konsumsi makanan yang kurang dan infeksi merupakan dua hal yang saling mempengaruhi.

2. Penyebab tidak langsung

Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan di keluarga, pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan pangan. Rendahnya ketahanan pangan rumah tangga, pola asuh



anak yang tidak memadai, kurangnya sanitasi lingkungan serta pelayanan kesehatan yang tidak memadai merupakan tiga faktor yang saling berhubungan. Makin tersedia air bersih yang cukup untuk keluarga serta makin dekat jangkauan keluarga terhadap pelayanan dan sarana kesehatan, ditambah dengan pemahaman ibu tentang kesehatan, makin kecil resiko anak terkena penyakit dan kekurangan gizi.

Penyebab langsung maupun tidak langsung sangat terkait dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan keluarga. Makin tinggi tingkat pendidikan, pengetahuan dan ketrampilan maka akan semakin tinggi ketahanan pangan keluarga. Makin baik pola pengasuhan anak makin baik memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Ketahanan pangan juga terkait dengan ketersediaan pangan, harga pangan dan daya beli keluarga serta pengetahuan tentang gizi dan kesehatan (Waryana, 2010).

Salah satu masalah kurang gizi adalah kejadian *stunting*. Kejadian *stunting* kini mendapatkan perhatian penuh di bidang kesehatan, *stunting* dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya :

1. Riwayat BBLR

Berat lahir menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan janin selama di dalam kandungan. WHO menetapkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) jika bayi memiliki berat badan lahir kurang dari 2500 gram. Bayi

memiliki risiko kesakitan dan kematian pada awal kehidupan yang tinggi dibandingkan dengan bayi yang lahir normal (Fikawati et al.,



2015).

Angka kematian bayi atau BALITA dapat dijadikan sebagai tolak ukur penilaian status kesehatan gizi suatu kelompok masyarakat. Data statistik kesehatan gizi masyarakat merupakan data vital yang cukup baik untuk dijadikan parameter (Sediaoetama, 2010). Menurut (Paudel et al., 2012, Garcia Cruz et al., 2017) status BBLR anak juga secara signifikan terkait dengan *stunting*. Lancet (2013) mengatakan bahwa anak-anak yang lahir dengan berat bayi lahir rendah ber risiko 20% *stunting* yang lebih tinggi.

2. Riwayat penyakit infeksi

Status kesehatan balita meliputi kejadian diare dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) pada balita. Diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan dan konsistensi tinja yang lebih lunak dan cair yang berlangsung dalam kurun waktu minimal 2 hari dan frekuensinya 3 kali dalam sehari. Bakteri penyebab utama diare pada bayi dan anak-anak adalah *Enteropathogenic Escherichia coli* (EPEC). Menurut Levine & Edelman, Bakteri EPEC juga diyakini menjadi penyebab kematian ratusan ribu anak di negara berkembang setiap tahunnya. Oleh karena itu, penyakit diare merupakan salah satu masalah kesehatan utama di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia. Sanitasi di daerah kumuh biasanya kurang baik dan keadaan tersebut

menyebabkan meningkatnya penularan penyakit infeksi.



Tabel 2.2 Ringkasan Interaksi Antara Malnutrisi dan Penyakit Infeksi Utama Pada Kejadian *Stunting*

Penyakit	Dampak Malnutrisi pada Penyakit	Dampak Penyakit Infeksi pada Status Gizi
Diare atau Disentri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan durasi 2. Peningkatan keparahan 3. Peningkatan risiko kematian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Malabsorpsi 2. Penurunan nafsu makan
ISPA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan keparahan 2. Peningkatan risiko kematian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan nafsu makan 2. Peningkatan laju metabolisme dalam kerusakan otot

Sumber : (Tomkins and Watson)

Penelitian yang dilakukan Vonaesch et al. (2017) juga mengatakan bahwa anak yang mengalami *stunting* berisiko 7,46 kali menderita diare dibandingkan anak yang tidak *stunting*, ini dikarenakan saat anak tersebut terkena diare anak tersebut berkurang nafsu makan, kurang banyak makanan dan cairan yang diberikan selama diare dan penyakit infeksi lainnya.

3. Perawatan anak

Anak usia 0-59 bulan sangat penting memberikan perhatian yang lebih, karena proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat pada anak. Anaka usia <5 tahun membutuhkan zat-zat gizi yang lebih banyak dan berkualitas, diusia ini anak sangat rawan mengalami kelainan gizi jika kebutuhan gizinya tidak terpenuhi. Perhatian keluarga terutama orangtua sangat penting dalam hal perawatan anak (Waryana, 2010). Aspek penting perawatan anak yang harus menjadi perhatian adalah sebagai berikut :



a. ASI Eksklusif

Air Susu Ibu Eksklusif yang selanjutnya disebut ASI Eksklusif adalah ASI yang diberikan pada bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan mengganti dengan makanan atau minuman lain (Kemenkes RI, 2012). Menurut Fikawati et al. (2015) manfaat ASI yaitu :

- a) ASI merupakan zat gizi yang sangat ideal
- b) ASI menurunkan risiko kematian neonatal
- c) ASI meningkatkan daya tahan tubuh bayi
- d) Komposisi sesuai kebutuhan
- e) Mudah dicerna, diserap dan mengandung enzim pencernaan
- f) Mengandung zat penangkal penyakit
- g) Selalu berada dalam suhu yang tepat
- h) Tidak menyebabkan alergi
- i) Mencegah maloklusi/kerusakangigi
- j) Mengoptimalkan perkembangan
- k) Menjadi orang yang percaya diri
- l) Mengurangi kemungkinan berbagai penyakit kronik dikemudian hari.

Diberbagai penelitian, ASI eksklusif sangat berpengaruh terhadap kejadian *stunting* pemberian ASI dan durasi pemberian ASI

ASI eksklusif pada penelitian yang dilakukan di ethiopia juga sangat berpengaruh terhadap kejadian *stunting*, penelitian ini menunjukkan



bahwa anak-anak yang diberi ASI kurang dari dua tahun memiliki AOR: 5,61, 95% dengan CI: 1,49-11,08 lebih cenderung mengalami *stunting* dibanding anakanak yang menyusui selama dua tahun atau lebih dan anakanak yang diberi ASI eksklusif kurang dari enam bulan dengan AOR: 3,27, 95% dan CI: 1,21 -8,82 lebih cenderung mengalami *stunting* daripada anak-anak yang secara eksklusif disusui selama enam bulan (Garcia Cruz et al., 2017).

Pemberian ASI sangat penting karena lebih memiliki manfaat yang lebih banyak dibandingkan dengan susu formula. Manfaat dari ASI mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan bayi, meningkatkan daya tahan tubuh, mencerdaskan serta dengan menyusui juga dapat memberikan ikatan batin yang lebih erat antara ibu dan anak. Setelah usia enam bulan bayi boleh diberikan makanan tambahan pendamping ASI namun harus tetap diperhatikan, ASI sebaiknya diberikan hingga berusia 24 bulan (Roseli, 2000, Waryana, 2010).

Kolostrum merupakan cairan yang pertama di sekresi oleh kelenjar payudara dari kari pertama sampai hari ketiga setelah persalinan komposisi kolostrum ASI mengalami perubahan. Kolostrum berwarna kuning keemasan disebabkan oleh tingginya komposisi lemak dalam sel-sel hidup. Kolostrum merupakan

enzim yang membersihkan mekonium sehingga mukosa usus bayi yang baru lahir segera bersih dan siap menerima ASI.



Volumenya bervariasi antara 2 dan 10 ml per feeding per hari selama 3 hari pertama, tergantung dari paritas ibu (Fikawati et al., 2015). Kandungan kolostrum berbeda dengan ASI, menurut Waryana (2010) manfaat kolostrum yaitu :

- a) Memiliki protein lebih banyak
 - b) Lebih banyak immunoglobulin A dan Laktoferrin serta sel-sel darah putih yang berperan mencegah terjadinya infeksi penyakit
 - c) Lebih banyak vitamin A
 - d) Kurang lemak dan laktosa
 - e) Lebih banyak natrium dan seng.
- b. Usia pemberian MP-ASI

Usia 0-6 bulan ibu balita yang memberikan ASI Eksklusif yang dapat membentuk imunitas atau kekebalan tubuh anak balita sehingga dapat terhindar dari penyakit infeksi. Selain itu pada usia 6 bulan anak balita diberikan MP-ASI dalam jumlah dan frekuensi yang cukup sehingga anak balita terpenuhi kebutuhan zat gizinya yang dapat mengurangi risiko terjadinya *stunting* (Aridiyah et al., 2015). Tujuan memperkenalkan makanan secara umum adalah agar bayi secara bertahap mengenalkan berbagai macam makanan, tekstur, dan rasa agar ketika berusia 12 bulan mereka dapat mengonsumsi makanan yang ada dalam keluarga (Webster et al., 2012).



Umur pertama pemberian MP-ASI merupakan faktor yang memberikan hubungan antara pola asuh dengan kejadian *stunting*

pada anak ditunjukkan dengan nilai p-value pada masing-masing variabel $< \alpha$ (0,05) (Aridiyah et al., 2015). Saat bayi diberikan MP-ASI maka bayi juga tetap diberikan ASI, karena peranan MP-ASI bukan sebagai pengganti ASI tetapi sebagai pendamping yang membantu ASI untuk pemenuhan zat-zat gizi (Waryana, 2010).

c. Status imunisasi

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan (Kemenkes RI, 2013a).

Menurut ketua *Asian Strategi for Pneumococcal Disease Prevention* (ASAP) dalam acara konferensi pers pada tahun 2011 dalam Prasetyawati (2017) terdapat 2,4 juta anak balita yang meninggal dunia tiap tahun yang bisa dicegah dengan vaksin terutama penyakit diare dan pneumonia. Menurut Permenkes RI (2017), imunisasi dikelompokkan menjadi dua yaitu imunisasi program dan imunisasi pilihan dibagi atas beberapa :

1. Imunisasi program terdiri atas :

- 1) Imunisasi rutin dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan, terdiri atas Imunisasi dasar dan Imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar diberikan pada bayi sebelum berusia 1 tahun imunisasi terhadap penyakit : hepatitis B, poliomyelitis,



tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh *Hemophilus Influenza* tipe b (Hib), dan campak. Imunisasi lanjutan merupakan ulangan imunisasi dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang masa perlindungan anak yang sudah mendapatkan imunisasi dasar. Imunisasi lanjutan diberikan pada baduta.

- 2) Imunisasi tambahan merupakan imunisasi tertentu yang diberikan pada kelompok umur tertentu yang paling berisiko terkena penyakit sesuai dengan kajian epidemiologis pada periode waktu tertentu. Dilakukan untuk melengkapi Imunisasi dasar atau lanjutan pada target sasaran yang belum tercapai.
- 3) Imunisasi khusus dilaksanakan untuk melindungi seseorang dan masyarakat terhadap penyakit tertentu pada situasi tertentu seperti, persiapan keberangkatan calon jemaah haji/umroh, persiapan perjalanan menuju atau dari negara endemis penyakit tertentu, dan kondisi kejadian luar biasa/wabah penyakit tertentu.

2. Imunisasi pilihan dapat berupa Imunisasi terhadap penyakit:

Pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh *pneumokokus*, Diare yang disebabkan oleh rotavirus, Influenza, Cacar air (*varisela*), Gondongan (*mumps*), Campak jerman (*rubela*), Demam tifoid, Hepatitis A, Kanker leher rahim yang disebabkan



oleh *Human Papillomavirus*, *Japanese Encephalitis*, Herpes zoster, Hepatitis B pada dewasa, Demam berdarah.

Berikut ini jadwal imunisasi tahun 2017 yang direkomendasikan oleh Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) :

Imunisasi	Usia																					
	Bulan						Tahun															
	Lahir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	5	6	7	8	9	10	12	18	
Hepatitis B	1		2	3	4																	
Polio	0	1	2	3						4												
BCG	1 kali																					
DTP			1	2	3						4			5						6 (Td/Tdap)	7 (Td)	
Hib			1	2	3					4												
PCV			1		2			3		4												
Rotavirus			1		2			3*														
Influenza	Ulangan 1 kali setiap tahun																					
Campak								1			2			3								
MMR										1				2								
Tifoid	Ulangan setiap 3 tahun																					
Hepatitis A	2 kali, interval 6 – 12 bulan																					
Varisela	1 kali																					
HPV	2 atau 3 kali*																					
<i>Japanese encephalitis</i>										1				2								
Dengue	3 kali, interval 6 bulan																					

Gambar 2.2 Jadwal Imunisasi Anak Usia 0-18 Tahun
 Sumber : *Jadwal Imunisasi tahun 2017 Rekomendasi IDAI*

4. Pemeriksaan kehamilan (ANC)

Pelayanan kesehatan masa hamil adalah setiap kegiatan dan serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga melahirkan. Upaya yang dilakukan untuk menurunkan angka kematian ibu dilakukan dengan cara meningkatkan cakupan pemeriksaan kehamilan. Sebelum hamil diperlukan persiapan kehamilan dengan cara setidaknya 3 atau 6 bulan sebelum konsepsi diharuskan

kontrol pola makan dan gaya hidup baik diri sendiri dan pasangan.

Sebelum Hamil dilakukan untuk mempersiapkan perempuan



dalam menjalani kehamilan dan persalinan yang sehat dan selamat serta memperoleh bayi yang sehat.

Pelayanan kesehatan masa sebelum hamil adalah setiap kegiatan dan serangkaian kegiatan yang ditujukan pada perempuan sejak saat remaja hingga saat sebelum hamil dalam rangka menyiapkan perempuan menjadi hamil sehat (Kemenkes RI, 2014).

Pemeriksaan kehamilan sangat ditentukan untuk dilakukan menurut anjuran WHO kebijakan program kunjungan sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan dengan urutan 1 kali pada trimester pertama dan kedua, 3 kali pada trimester ketiga (Prasetyawati, 2017).

Peraturan Kemenkes RI (2014) pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui :

- a. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas
- b. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
- c. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman
- d. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi

antatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan



- f. Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan sesuai standar dan dicatat dalam buku KIA yang dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan adalah timbang berat badan, ukur tekanan darah, tinggi fundus uteri, imunisasi TT lengkap, pemberian tablet Fe selama hamil, tes penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Prasetyawati, 2017).

5. Kualitas makanan dan kuantitas makanan

Usia 6-9 bulan jenis makanan yang diberikan kepada bayi sebaiknya bertekstur cair, makanan yang disaring, dan lembut sesuai dengan kemampuan sistem pencernaan dalam tubuh bayi. Ketika usia 10-12 bulan makanan yang diberikan kepada bayi diganti dengan makanan yang lebih kental dan padat namun masih bertekstur lunak. Usia 12-24 bulan bayi sudah diperkenalkan dengan makanan yang biasa dikonsumsi oleh keluarga yang bertekstur lebih padat, rasa makanan disesuaikan dengan pencernaan bayi agar tidak mempengaruhi pencernaan bayi. Waryana (2010) hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian MP-ASI pada bayi adalah :



makanan yang diberikan pada bayi harus mengandung zat gizi

sejak 4-6 bulan makanan tambahan diberikan sebanyak 4-6 kali/hari

- c) Frekuensi makan diberikan lebih dari satu/hari sebagai kompilasi terhadap ASI namun jumlah makanan yang diberikan tidak terlalu banyak, sesuai dengan ukuran perut bayi
- d) Bayi tidak diberikan makanan orang dewasa sebelum usia 2 tahun
- e) Bayi sebaiknya diberikan makanan campuran dari makanan pokok, lauk pauk, dan sumber vitamin lainnya
- f) Bayi diberikan makanan sebelum diberi ASI
- g) Selama masa proses pengenalan makanan pada bayi, hal yang biasanya sakit batuk, campak (cacar air), dan diare.

6. Jumlah anggota keluarga

Jumlah anggota keluarga sangat menentukan jumlah kebutuhan keluarga. Semakin banyak anggota keluarga berarti semakin banyak pula jumlah kebutuhan keluarga yang harus dipenuhi. Penelitian yang dilakukan oleh Garcia Cruz et al. (2017) mengatakan bahwa Rumah tangga yang memiliki jumlah anggota keluarga yang banyak yaitu lebih dari 5 orang berisiko menderita *stunting*. Penelitian lainnya yang dilakukan di perumahan kumuh Kota Makassar, balita yang tinggal dalam keluarga dengan anggota rumah tangga lebih dari 4 orang lebih berisiko menderita *stunting* dibandingkan balita yang tinggal dalam keluarga dengan anggota keluarga kurang dari atau sama dengan 4 anggota keluarga (Sakti et al., 2018).



7. Pendapatan rumah tangga

Pendapatan sangat mempengaruhi daya beli keluarga terhadap bahan pangan yang akhirnya berpengaruh terhadap keadaan gizi baik *stunting* maupun normal terutama anak karena pada masa itu diperlukan banyak zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kota Banda Aceh, disimpulkan bahwa rendahnya pendapatan sebuah keluarga merupakan rintangan yang menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan (Rahmad and Miko, 2016). Penelitian lain juga menjelaskan tingkat pendapatan keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian *stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang (Setiawan et al., 2018).

8. Pendidikan Ibu

Dalam masyarakat dimana proporsi ibu berpendidikan tinggi, memungkinkan untuk menyediakan sanitasi yang lebih baik, pelayanan kesehatan dan saling berbagi pengetahuan, informasi mengenai kesehatan. Dalam berbagai penelitian juga menunjukkan bahwa pendidikan orang tua sangat berpengaruh terhadap kejadian *stunting* (Vonaesch et al., 2017). Pendidikan orang tua akan berpengaruh terhadap pengasuhan anak, karena dengan pendidikan yang tinggi pada

tua akan memahami pentingnya peranan orangtua dalam pertumbuhan anak.



Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 20 Tahun 2003, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat bangsa dan negara (UU RI, 2003).

Pendidikan orang tua akan berpengaruh terhadap pengasuhan anak, karena dengan pendidikan yang tinggi pada orang tua akan memahami pentingnyaperanan orangtua dalam pertumbuhan anak. Selain itu, dengan pendidikan yang baik, diperkirakan memiliki pengetahuan gizi yang baik pula. Ibu dengan pengetahuan gizi yang baik akan tahu bagaimana mengolah makanan, mengatur menu makanan, serta menjaga mutu dan kebersihan makanan dengan baik (Anisa, 2012).

9. Sosial budaya

Indonesia yang terdiri dari berbagai suku dan budaya, mempunyai kondisi sosiobudaya yang beraneka ragam. Sosiobudaya yang merupakan hubungan manusia dengan manusia, sering dipengaruhi oleh mitos, norma, nilai, kepercayaan, kebiasaan yang berkaitan dengan pola budaya dan merupakan efek dari berbagai akses,

dapat berupa akses pangan, akses informasi dan akses pelayanan modal yang dipunyai. Kondisi ini memunculkan bentuk pola asuh



yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi. Pola asuh atau perawatan adalah perilaku-perilaku dan praktek-praktek pemberi perawatan (ibu, saudara sedarah, ayah dan penyedia layanan perawatan anak) untuk menyediakan makanan, perawatan kesehatan, stimulasi dan dukungan semangat yang penting bagi tumbuh kembang anak yang sehat. Sehingga kondisi sosiobudaya yang beraneka ragam, akan berpengaruh terhadap pola asuh yang berbeda-beda dan perlu mendapat perhatian berkaitan dengan prevalensi gizi buruk yang terjadi (Engle and Lhotska, 1999).

Menurut Koentjaraningrat (1990), tradisi merupakan bagian dari kebudayaan yang ada dalam kehidupan masyarakat, yang di maknai sebagai kebiasaa, yang telah lama dilakukan dan diwariskan secara turun temurun dari generasi ke generasi, baik secara lisan maupun tulisan yang diwujudkan dalam bentuk suatu kegiatan atau suatu aktifitas.

E. Tinjauan Umum tentang Pemukiman Kumuh

Penentuan kriteria kawasan pemukiman kumuh dilakukan dengan mempertimbangkan berbagai aspek atau dimensi seperti kesesuaian peruntukan lokasi dengan rencana tata ruang, status (kepemilikan) tanah, letak/kedudukan lokasi, tingkat kepadatan penduduk, tingkat kepadatan penduduk, kondisi fisik, sosial, ekonomi dan budaya masyarakat lokal. Untuk digunakan kriteria sebagai kawasan penyangga kota metropolitan kawasan kumuh teridentifikasi yang berdekatan atau berbatasan



langsung dengan kawasan yang menjadi bagian dari kota metropolitan. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Tahun 2011, Perumahan dan kawasan adalah satu kesatuan sistem yang terdiri atas pembinaan, penyelenggaraan perumahan, penyelenggaraan kawasan, pemeliharaan dan perbaikan.

Pencegahan dan peningkatan kualitas terhadap perumahan kumuh dan kumuh, penyediaan tanah, pendanaan dan sistem pembiayaan, serta peran masyarakat. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 01 tahun 2011 tentang Perumahan dan Kawasan Pemukiman. Pemukiman Kumuh adalah yang tidak layak huni karena ketidakteraturan bangunan, tingkat kepadatan bangunan yang tinggi, dan kualitas bangunan serta sarana dan prasarana yang tidak memenuhi syarat. Penetapan pemukiman kumuh menurut Surat Keputusan Walikota Makassar Nomor 050.05/1341/Kep/IX/2014 dikategorikan menjadi 3 (tiga) kategori yaitu lokasi pemukiman kumuh kategori ringan yang terdiri dari 17 (tujuhbelas) kelurahan, kategori sedang yang terdiri dari 49 (empat puluh Sembilan) kelurahan dan kategori berat yang terdiri dari 36 (tiga puluh enam) kelurahan yang tersebar di seluruh Kota Makassar (Walikota Makassar, 2014).

Pada umumnya karakteristik kumuh diwarnai oleh tingkat kepadatan penduduk yang sangat tinggi, tingkat kepadatan hunian sangat

tingkat kepadatan bangunan yang sangat tinggi, kualitas rumah rendah, tidak memadainya kondisi sarana dan prasarana dasar



seperti halnya air bersih, jalan, drainase, sanitasi, listrik, fasilitas pendidikan, ruang terbuka/rekreasi/sosial, fasilitas pelayanan kesehatan, perbelanjaan dan sebagainya. Selain itu juga diwarnai oleh tingkat pendapatan penghuninya yang rendah, tingkat pendidikan dan keterampilan yang sangat rendah, tingkat privasi keluarga yang rendah serta kohesivitas komunitas yang rendah karena beragamnya norma sosial budaya yang dianut. Menurut SK (Menteri Pekerjaan Umum) No.534/KPTS/M/2001 Ada 7 indikator dalam penentuan pemukiman kumuh yaitu:

1. Kondisi bangunan.
 - a. Ketidak teraturan bangunan
 - b. Tingkat kepadatan bangunan
 - c. Ketidaksesuaian persyaratan teknis bangunan.
2. Kondisi jalan lingkungan.
 - a. Cakupan pelayanan jalan lingkungan
 - b. Kualitas permukaan jalan lingkungan
3. Kondisi penyediaan air minum
 - a. Ketersediaan akses air minum
 - b. Tidak terpenuhinya kebutuhan air minum
4. Kondisi drainase lingkungan
 - a. Ketidakmampuan mengalirkan limpasan air

tidaktersediaan drainase

tidakterhubungan dengan baik sistem drainase perkotaan



- d. Tidak terpeliharanya drainase
 - e. Kualitas konstruksi drainase
5. Kondisi pengelolaan air limbah.
- a. Sistem pengelolaan air limbah tidak sesuai standar
 - b. Prasarana dan sarana pengelolaan air limbah tidak sesuai persyaratan teknis.
6. Kondisi pengelolaan persampahan
- a. Prasarana dan sarana persampahan tidak sesuai persyaratan teknis
 - b. Sistem pengelolaan persampahan tidak sesuai standar teknis
 - c. Tidak terpeliharanya sarana dan prasarana pengelolaan persampahan
7. Kondisi proteksi kebakaran
- a. Ketersediaan prasarana proteksi kebakaran
 - b. Ketersediaan sarana proteksi kebakaran.



F. Sintesa Penelitian

No	Penulis/Penerbit Jurnal (Tahun)	Judul Jurnal	Karakteristik			Hasil
			Subjek	instrumen	Metode/Desain	
1.	<p>Penulis : Shiferaw Abeway, Bereket Gabremichael, Rajalkshmi Murugan, Masresha Assefa, and Yohannes Mehretie Adinew.</p> <p>Penerbit : Hindawi Journal of Nutrition and Metabolism Volume 2018, Article ID 1078480, 8 pages https://doi.org/10.1155/2018/1078480.</p> <p>Tahun : Abeway et al. (2018).</p>	<p><i>Stunting</i> and Its Determinants among Children Aged 6–59 Months in Northern Ethiopia: A Cross-Sectional Study.</p>	Semua anak yang berusia 6-59 bulan sebanyak 422 anak.	Kuesioner Terstruktur.	Kuantitatif/ <i>Cross-Sectional</i> .	<ol style="list-style-type: none"> Jumlah <i>stunting</i> secara keseluruhan adalah 52,4. Berat badan rendah saat lahir, jenis kelamin perempuan, usia yang lebih tua, inisiasi pemberian ASI yang salah, dan kurangnya kunjungan ANC pada ibu diketahui memiliki hubungan yang signifikan dengan kekurangan gizi kronis anak-anak.
2.	<p>Penulis : Masrul.</p> <p>Penerbit : Jurnal Kesehatan Andalas, 2019; 8(1) http://jurnal.fk.unand.ac.id.</p> <p>Tahun :</p>	<p>Gambaran Pola Asuh Psikososial Anak <i>Stunting</i> dan Anak Normal di Wilayah Lokus <i>Stunting</i> Kabupaten Pasaman dan Pasaman Barat Sumatera Barat.</p>	Anak usia 0-3 tahun sebanyak 185 orang anak, 94 responden <i>stunting</i> & 91 responden tidak <i>stunting</i> .	Kuesioner dan Instrumen HOME.	Kuantitatif/ <i>Cross-Sectional</i> .	<ol style="list-style-type: none"> Hampir semua sub indikator memperlihatkan keadaan yang masih kurang dari setiap sub indikator. Pola asuh stimulasi psikososial anak <i>stunting</i> dan anak normal masih kurang baik. Sebagian besar pengasuh utama adalah ibu, baik pada anak normal maupun anak <i>stunting</i>. Suami cukup berperan menggantikan pengasuhan bila ibu berhalangan pada anak normal dibandingkan anak <i>stunting</i>.
	Sakti, Uddin	<p>Risk Factors of <i>Stunting</i> Case On Children Aged 24-59 Months In Slums of Makassar City</p>	Anak usia 24-59 bulan yang terdiri dari kelompok kasus 72 balita <i>stunting</i> dan	Kuesioner dan Antropometri.	Observasional Analitik/ <i>Case Control</i>	<ol style="list-style-type: none"> Faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian <i>stunting</i> yaitu jumlah anggota rumah tangga, Pendapatan rumah tangga, riwayat ASI tidak Eksklusif, pendidikan ibu dan BBLR. Riwayat penyakit infeksi merupakan faktor risiko yang paling berpengaruh terhadap kejadian



No	Penulis/Penerbit Jurnal (Tahun)	Judul Jurnal	Karakteristik			Hasil
			Subjek	instrumen	Metode/Desain	
	IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), e- ISSN: 2320–1959. p- ISSN: 2320–1940 Volume 7, Issue 3 Ver. VII, DOI: 10.9790/1959-0703081722. Tahun : Sakti et al. (2018)		kelompok kontrol 72 balita tidak <i>stunting</i> .			<i>stunting</i> . 3. Riwayat imunisasi merupakan faktor risiko yang tidak signifikan dengan kejadian <i>stunting</i> .
4.	Penulis : Risani Rambu Podu Loya, Nuryanto. Penerbit : Journal Of Nutrition College, Vol.6, Nomor 1, 2017, Hal.83-95. ISSN : 2337-6236. http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jnc . Tahun : Loya and Nuryanto (2017).	Pola Asuh Pemberian Makan Pada Balita <i>Stunting</i> Usia 6-12 Bulan Di Kabupaten Sumba Tengah Nusa Tenggara Timur.	Bayi yang berusia 6-12 bulan yang mengalami <i>stunting</i> di wilayah kerja Puskesmas Malinjak.	<i>In-depth Interview</i> dan <i>Observasi</i> .	Kualitatif / <i>Purposive Sampling</i> .	4. Pola asuh pemberian makan pada balita usia 6 – 12 bulan yang salah berpotensi menyebabkan terjadinya <i>stunting</i> . Tidak ada perlakuan khusus dalam pola asuh pemberian makan kepada bayi yang terindikasi <i>stunting</i> . 5. Pola pemberian ASI maupun MP – ASI pada balita di Kabupaten Sumba Tengah tidak memperhatikan kebutuhan zat gizi balita, frekuensi pemberian yang benar, jenis makanan yang baik untuk tumbuh – kembang balita oleh karena rendahnya pengetahuan ibu subyek mengenai gizi seimbang. 6. Ketersediaan bahan pangan dalam rumah tangga berdampak pada variasi dan jenis makanan yang diberikan baik secara kualitas maupun kuantitas. 7. Pola asuh pemberian makan pada balita usia 6 – 12 bulan yang salah berpotensi menyebabkan terjadinya <i>stunting</i> .
5.	Penulis : nu arakat niversitas assar.	Analisis Determinana Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita Usia 6-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Palakka Kahu Kabupaten Bone.	Balita usia 6-59 bulan sebanyak 165 balita yang dipilih secara <i>prporsional cluster random sampling</i> .	Kuesioner dan Pengukuran tinggi badan <i>baby length</i> & <i>microtoise</i> .	Observasional/ <i>Cros s Sectional</i> .	1. Riwayat penyakit infeksi, ASI Eksklusif, BBLR, riwayat pemeriksaan kehamilan, dan jarak kehamilan berhubungan dengan kejadian <i>stunting</i> . 2. Status imunisasi dan jumlah anggota keluarga tidak ada hubungan dengan kejadian <i>stunting</i> . 3. hasil uji multivariat diperoleh bahwa penyakit infeksi, BBLR, & jarak kelahiran paling



No	Penulis/Penerbit Jurnal (Tahun)	Judul Jurnal	Karakteristik			Hasil
			Subjek	instrumen	Metode/Desain	
	Tahun : Sumiati (2019)					berhubungan dengan kejadian <i>stunting</i> .
6.	Penulis : Novian Swasono Hadi dan Prahmanawati Sapii. Penerbit : Health and Nutrition Journal (JHN), Vol. IV/II/2018. p - ISSN (Cetak) :2407-8484 e - ISSN (Online) :2549-7618. Tahun : Hadi and Sapii (2019).	Tinjauan Pola Asuh Ibu dan <i>Stunting</i> pada Anak Umur 12-36 Bulan Di Desa Tolutu Kecamatan Tomini Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan.	Seluruh ibu yang memiliki anak umur 12-36 bulan di Desa Tolutu.	Wawancara Langsung dengan Kuesioner.	Kuantitatif/ <i>Studi Observasional Deskriptif</i> .	4. Bahwa sejumlah 80% anak tidak diberikan ASI-Eksklusif, jenis makanan yang diberikan sebagian besar 46,6% mengonsumsi nasi, sayur, dan ikan. 5. Frekuensi makan dalam sehari 1-3 kali ditambah selingan sebesar 53,3%, dan jumlah makanan yang dikonsumsi setiap hari ½ piring 53,3%. 6. Balita yang tidak <i>stunting</i> sebesar 53,3% dan yang termasuk dalam kategori <i>stunting</i> sebesar 46,6%.
7.	Penulis : Yudianti dan Rahmat Haji Saeni. Penerbit : Jurnal Kesehatan MANARANG, Vol.2, Nomor 1,2016. ISSN: 2443-3861. Tahun : Yudianti and Saeni (2017).	Pola Asuh dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Balita Di Kabupaten Polewali Mandar.	Seluruh keluarga yang memiliki balita <i>stunting</i> yang berada di wilayah Kecamatan Tinambung sebanyak 2422 anak dengan 51:51 responden.	Kuesioner melalui wawancara langsung.	Kuantitatif/ Observasional Case Control.	1. Analisis statistik dengan bivariat dengan uji <i>Chi Square</i> terdapat hubungan antara praktik pemberian makan, praktik kebersihan pribadi dengan kejadian <i>stunting</i> pada balita. 2. Tidak terdapat hubungan antara pencarian praktik pengobatan dengan kejadian <i>stunting</i> pada balita.
	an, Vol. 6 4-50. P-	Pola Asuh Mempengaruhi Status Gizi Balita.	Ibu yang mempunyai balita dengan masalah gizi yang kurang/buruk	Kuesioner dan Observasi.	Kuantitatif/ Deskriptif Korelatif.	1. Hasil uji statistik menggunakan <i>Chi-square</i> didapatkan bahwa ibu yang memberikan pola asuh baik dan status gizi kurus ada sebanyak 29 (90,6%), sedangkan ibu yang mempunyai pola asuh kurang baik, ada 11 (47,9%) balita kurus.



No	Penulis/Penerbit Jurnal (Tahun)	Judul Jurnal	Karakteristik			Hasil
			Subjek	instrumen	Metode/Desain	
	ISSN 2086-3071 E-ISSN 2443-0900. Tahun : Munawaroh (2016).		sebanyak 51 orang di wilayah Puskesmas Sukorejo.			<ol style="list-style-type: none"> 2. Terdapat hubungan antara pola asuh dengan pemberian makan terhadap status gizi balita. 3. Semakin baik pola asuh yang diberikan semakin baik juga status gizi balita dan begitupun sebaliknya.
9.	Penulis : Getnet Berhanu, Solomon Mekonnen, and Mekonnen Sisay. Penerbit : BMC Nutrition (2018) 4:28 https://doi.org/10.1186/s40795-018-0236-9 . Tahun : Berhanu et al. (2018).	Prevalence of <i>stunting</i> and associated factors among preschool children: A community based comparative cross sectional study in Ethiopia.	Semua anak prasekolah usia 24-59 bulan yang tinggal di rumah tangga dengan makanan yang sehat dan rumah tangga dengan makanan yang tidak sehat.	Kuesioner dan Antropometrik.	Kuantitatif/ <i>Cross-Sectional</i> .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevalensi gabungan keseluruhan <i>stunting</i> di antara anak-anak prasekolah di daerah penelitian adalah 39,3%. 2. Prevalensi <i>stunting</i> yang lebih tinggi dari rumah tangga yang rawan pangan 42,8% dari yang aman pangan 35,9%. 3. Ibu yang tidak berpendidikan, ukuran keluarga yang besar, dan jenis kelamin laki-laki adalah faktor-faktor umum yang secara signifikan terkait dengan pengerdilan pada rumah tangga yang aman pangan dan tidak aman. 4. Jarak kelahiran anak secara signifikan dikaitkan dengan <i>stunting</i> di antara anak-anak prasekolah yang tinggal di rumah tangga yang aman pangan, dan anak yang lebih kecil usia. 5. Kurangnya makanan tambahan selama kehamilan / menyusui, dan skor keanekaragaman makanan yang rendah (DDS di bawah empat kelompok makanan) secara signifikan terkait dengan <i>stunting</i> di antara anak-anak prasekolah dari rumah tangga rawan pangan.
10.	Penulis : Seifu Hagos , Damen sew rnt 1371/journa	Spatial heterogeneity and risk factors for <i>stunting</i> among children under age ve in Ethiopia: A Bayesian geostatistical model.	Anak-anak yang berusia 0-59 bulan.	Kuesioner dan Antropometrik.	Kuantitatif/ <i>Cross-Sectional</i> .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevalensi <i>stunting</i> secara keseluruhan 43,7%. Tertinggi <i>stunting</i> berada pada bagian timur dan yang rendah di bagian barat. 2. Bayesian credible interval menunjukkan risiko <i>stunting</i> meningkat ketika usia anak meningkat dan diantara anak laki-laki. 3. Pendidikan ibu dan ketahanan pangan rumah tangga dapat melindungi dari <i>stunting</i>. 4. Prevalensi <i>stunting</i> dapat bervariasi antar ruang



No	Penulis/Penerbit Jurnal (Tahun)	Judul Jurnal	Karakteristik			Hasil
			Subjek	instrumen	Metode/Desain	
	l.pone.0170785. Tahun : Hagos et al. (2017).					pada skala yang berbeda. Untuk ini, penting bahwa studi gizi dan, yang lebih penting, intervensi kontrol memperhitungkan heterogenitas spasial ini dalam distribusi defisit nutrisi dan faktor-faktor terkait yang mendasarinya. 5. Intervensi yang mengintegrasikan kerawanan pangan rumah tangga dalam program gizi di kabupaten ini dapat membantu untuk menghindari beban <i>stunting</i> .
11.	Penulis : Lenie Marlinae, Zairin Noor Helmi, Atikah Rahayu, Fahrini Yulidasari, Fauzie Rahman and Anggun Wulandari. Penerbit : International Journal of Modern Trends in Engineering and Research (IJMTER) Volume 04, Issue 1,2017. ISSN (Online):2349-9745; ISSN (Print):2393-8161. Tahun : Marlinae et al. (2017).	Positive Behavior Management Model Development Society In Reducing The Status <i>Stunting</i> Baduta In Mining Areas, Cempaka Banjarbaru.	Seluruh baduta dengan status <i>stunting</i> diambil berdasarkan jumlah baduta dengan gizi buruk paling banyak.	Kuesioner dan Antropometri.	Riset Oprasional/Pre dan Post.	Hasil <i>Paired T-test</i> (Paired Samples Test) dengan tingkat kepercayaan 95%. Keterlibatan masyarakat dalam berpartisipasi aktif, terutama keluarga baduta yang mengalami <i>stunting</i> untuk melakukan upaya penurunan angka kejadian <i>stunting</i> .
12.	Penulis : m and n Hogling. oliga Arkivet. shh:diva-	Fathers' Engagement In Childcare To Prevent Stunted Growth In Children.	Perawat yang bekerja di pusat layanan kesehatan masyarakat di RS Kabutare di Huye.	Wawancara Terstruktur.	Kualitatif/ <i>Purposive Sampling</i> .	1. Persepsi di antara perawat adalah bahwa penting untuk melibatkan ayah untuk mencegah pertumbuhan terhambat pada anak-anak. 2. Tingkat pengetahuan ayah yang rendah dalam pengasuhan anak, dan peran gender tradisional bertindak sebagai hambatan utama keterlibatan ayah, kampanye komunikasi dan pelatihan masyarakat disajikan sebagai peluang untuk



No	Penulis/Penerbit Jurnal (Tahun)	Judul Jurnal	Karakteristik			Hasil
			Subjek	instrumen	Metode/Desain	
	OAI: oai:DiVA.org:shh-2637 DiVA, id: diva2:1092602. Tahun : Bergstrom and Soderstrom Hogling (2017).					meningkatkan tingkat keterlibatan ayah. 3. Ayah perlu berpartisipasi dalam pengasuhan anak. Padahal, proses mengubah peran gender tradisional lambat. Untuk membuat kemajuan lebih lanjut, perawat harus menekankan komunikasi antara pasangan dan tanggung jawab bersama untuk pengasuhan anak.
13.	Penulis : Hendrayati dan Ramlan Asbar Penerbit : ResearchGate, Media Gizi Pangan, Vol. 25 Edisi 1, DOI:10.32382/mgp.v25i1.64 Tahun : Hendrayati and Asbar (2018)	Faktor Determinan Kejadian <i>Stunting</i> Pada Balita Usia 12 Sampai 60 Bulan	Semua anak usia 12 sampai 60 bulan yang mengalami <i>stunting</i> di 15 Desa dan 2 Kecamatan dengan cara <i>purposive</i> <i>sampling</i> .	Kuesioner, <i>Food</i> <i>Recall</i> , dan <i>Antropometri</i> .	Survey Analitik/ <i>Cross-</i> <i>Sectional</i> .	1. Asupan zat gizi mikro yang mempengaruhi kejadian <i>stunting</i> adalah asupan Vitamin A dan Zink. 2. Praktek pemberian makan seperti konsistensi, frekwensi dan sarapan juga merupakan factor determinan kejadian <i>stunting</i> . 3. Pengetahuan gizi ibu tentang ASI eksklusif dan Makanan Pendamping ASI meskipun bukan merupakan determinan kejadian <i>stunting</i> pada anak usia 12 sampai 60 bulan tetapi merupakan faktor protektif.

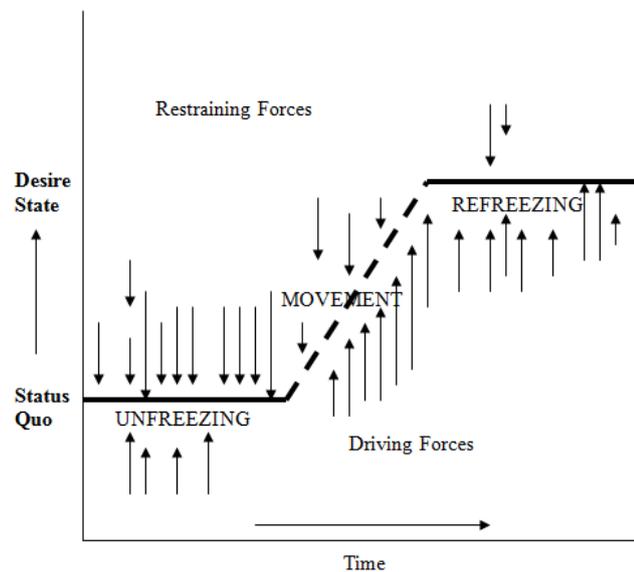


G. Kerangka Teori

1. Teori Kurt Lewin (1970)

Analisis kekuatan adalah teknik yang dikembangkan oleh psikolog Jerman Kurt Lewin, mempercayai bahwa perilaku masyarakat dipengaruhi oleh kekuatan-kekuatan lingkungan sekitar mereka. Dengan menggunakan konsep analisis kekuatan mengemudi kekuatan, dan pasukan penahan.

Pengemudi mempromosikan perubahan sedangkan pasukan menahan penghambat perubahan. Ambisi, tujuan, kebutuhan menggerakkan orang menuju atau menjauh dari kekuatan pendorong dari dalam diri mereka. Bukan hanya tekanan fisik, tetapi mengacu pada pengaruh internal dan eksternal. Sebagaimana kerangka teori berikut :

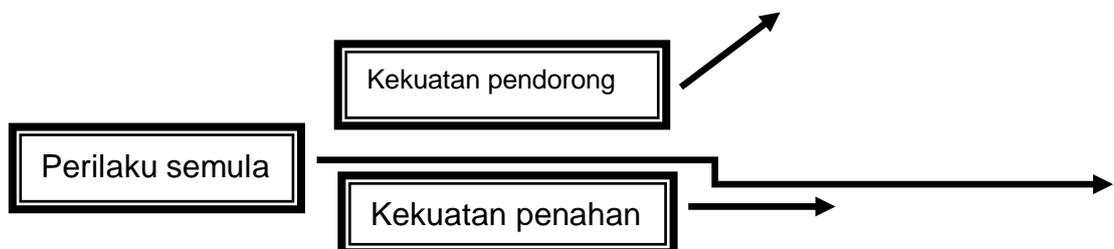


Gambar 2.3. Teori Kurt Lewin
 Sumber : *Teori Kurt Lewin (1970)*

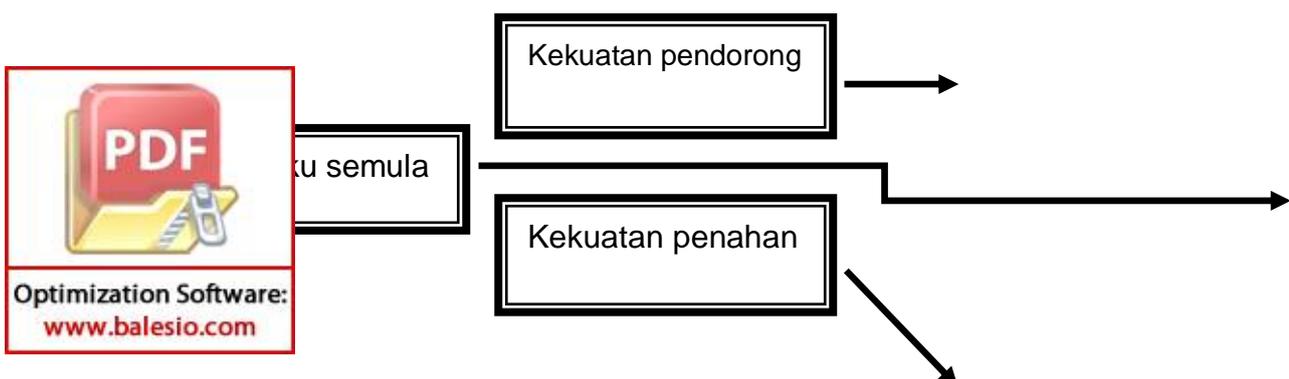


Teori Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penghambat (*restrining forces*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang, yaitu:

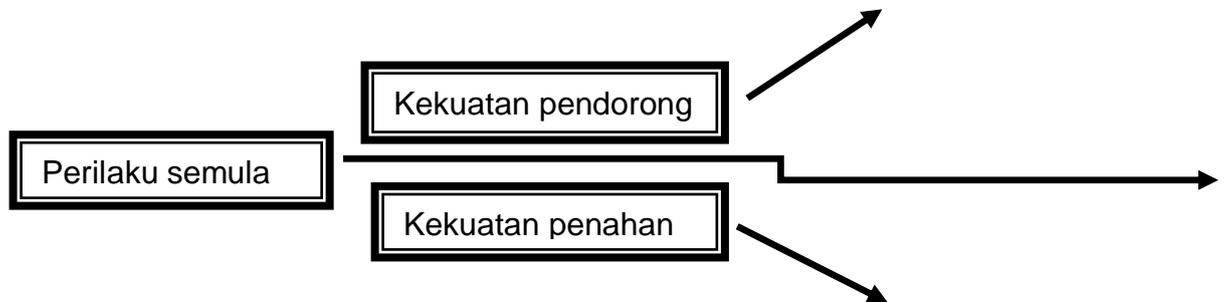
- a. Kekuatan pendorong meningkat dan kekuatan penghambat tetap, sehingga terbentuk perilaku baru. Hal ini terjadi karena adanya stimulus yang mendorong perubahan perilaku. Stimulus berupa pemberian informasi dan penyuluhan.



- b. Kekuatan penghambat menurun dan kekuatan pendorong menetap, sehingga terbentuk perilaku baru. Hal ini karena adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut.



- c. Kekuatan pendorong meningkat dan kekuatan penghambat menurun, sehingga jelas akan terbentuk perilaku baru.

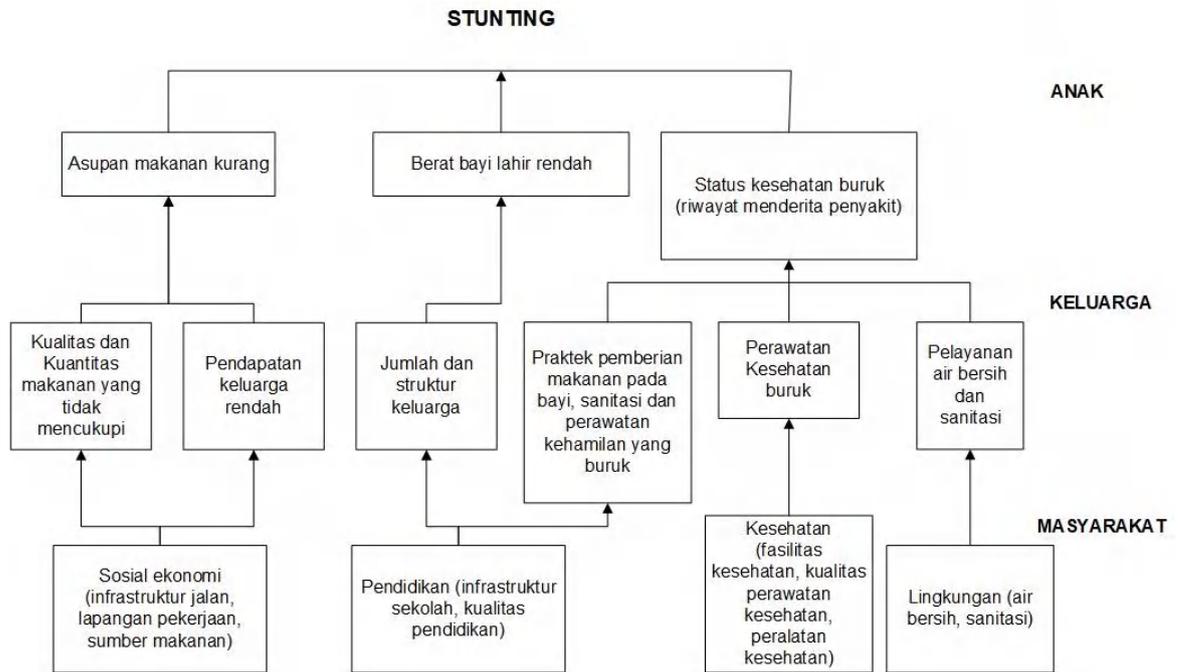


2. Teori Kejadian *Stunting* UNICEF Framework (2007)

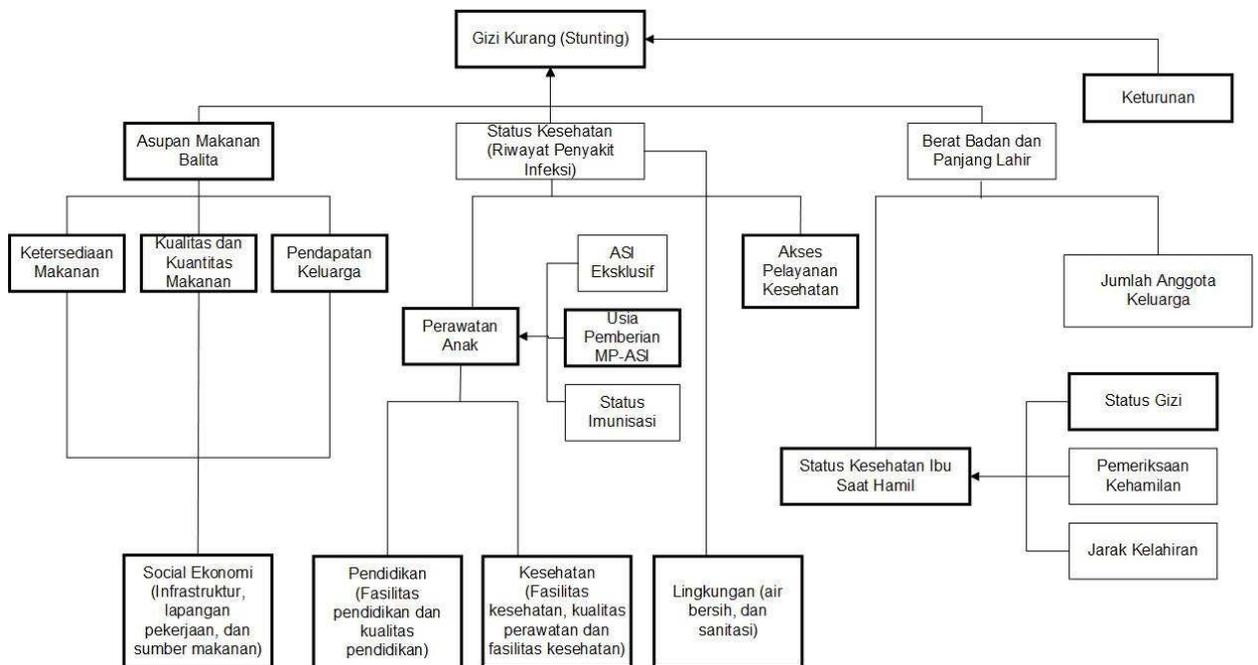
Secara garis besar penyebab *stunting* dikelompokkan kedalam 3 tingkatan yaitu tingkat masyarakat, rumah tangga (keluarga), dan individu. Pada tingkat masyarakat, sistem ekonomi, sistem pendidikan, sistem kesehatan serta sistem sanitasi dan air bersih menjadi faktor penyebab kejadian *stunting*. Pada tingkat rumah tangga (keluarga) yaitu kualitas dan kuantitas makanan yang tidak memadai, tingkat pendapatan, jumlah dan struktur anggota keluarga, pola asuh makan anak yang tidak memadai, pelayanan kesehatan yang tidak memadai serta sanitasi dan air bersih yang tidak memadai menjadi faktor penyebab *stunting* dimana faktor-faktor ini terjadi akibat faktor pada tingkat masyarakat. Faktor penyebab dalam tingkat rumah tangga akan mempengaruhi keadaan individu yaitu anak yg berumur dibawah 5 tahun dalam hal asupan makanan menjadi tidak seimbang, berat badan lahir rendah (BBLR) dan status kesehatan

buruk (UNICEF, 2007).





Gambar. 2.4 Teori Kejadian Stunting
 Sumber : UNICEF (2007)



Gambar 2.5 Modifikasi Teori UNICEF dan Hendrik L Blum dalam Sumiati (2019)



3. Teori WHO (1984)

Perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respons (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berilaku tersebut. Perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati dunia luar (Notoatmodjo, 2010).

Tim WHO (1984) merumuskan determinan perilaku ini sangat sederhana. Mereka mengatakan, bahwa mengapa seseorang berperilaku, karena adanya 4 alasan pokok (determinan) *thoughts and feeling*, *personal references*, *resources*, maupun karena *culture* :

a. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*).

Hasil pemikiran-pemikiran dan perasaan-perasaan seseorang, atau lebih tepat diartikan pertimbangan-pertimbangan pribadi terhadap objek atau stimulus, merupakan modal awal untuk bertindak atau berperilaku.

b. Tokoh acuan atau panutan (*personnal references*)

Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal references*) di dalam masyarakat dimana sikap paternalistik masih kuat, maka perubahan perilaku masyarakat tergantung dari perilaku acuan yang pada umumnya adalah para tokoh masyarakat setempat.



c. Sumber daya (*resources*)

Sumber daya (*resources*) yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Kalau dibandingkan dengan teori Green, sumber daya ini sama dengan faktor *enabling* (sarana dan prasarana atau fasilitas). Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat.

d. Sosial budaya (*culture*)

Sosial budaya (*culture*) setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang. Telah diuraikan terdahulu bahwa faktor sosio-budaya merupakan faktor eksternal untuk terbentuknya perilaku seseorang. Hal ini dapat kita lihat dari perilaku tiap-tiap etnis di Indonesia yang berbeda-beda, karena memang masing-masing etnis mempunyai budaya yang berbeda yang khas.

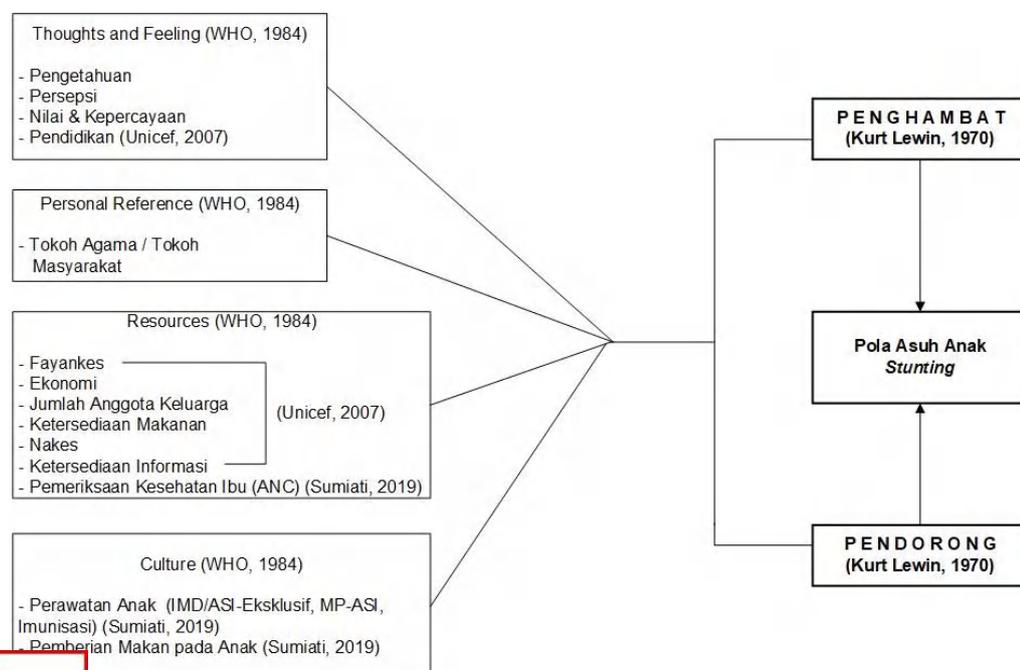


Gambar 2.6. Teori WHO
 Sumber : Teori WHO (1984)



Untuk memaksimalkan tercapainya tujuan penelitian, peneliti mencoba mengambil beberapa teori yang kemudian dimodifikasi sebagai bahan acuan dalam melaksanakan penelitian. Adapun teori yang digunakan adalah modifikasi Teori Kurt Lewin (1970), Teori Kejadian *Stunting* UNICEF (2007), Modifikasi Teori Sumiati (2019) dan Teori WHO (1984). Modifikasi teori tersebut untuk melihat bagaimana pendorong pola asuh anak *stunting* dari sosial ekonomi, pengetahuan keluarga, asupan gizi seimbang, dukungan sosial, dan sanitasi. Selain itu modifikasi teori ini juga melihat bagaimana penghambat pola asuh anak *stunting* dari akses yankes, tenaga kesehatan, akses informasi, dan perawatan anak dalam pola asuh anak *stunting* berbasis keluarga di wilayah pemukiman kumuh Kota Makassar.

Berikut kerangka teori penelitian ini :

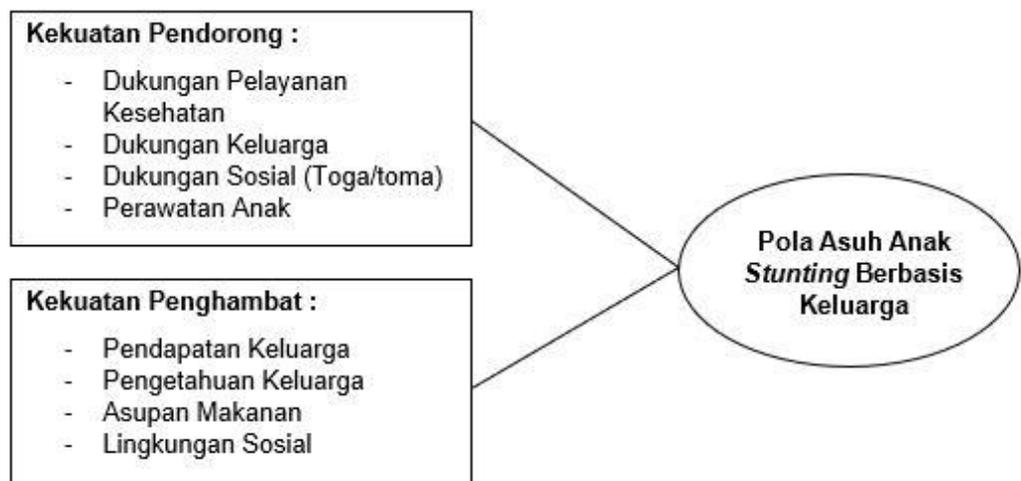


Gambar 2.7 Modifikasi Teori Teori Kurt Lewin (1970), Teori Kejadian *Stunting* UNICEF (2007), Sumiati (2019), dan Teori WHO (1984).



H. Kerangka Konsep

Berdasarkan modifikasi Teori Kurt Lewin (1970), Teori Kejadian *Stunting* UNICEF (2007), Modifikasi Teori UNICEF(2007) dan Hendrik L Blum dan Teori WHO (1984). Dalam penelitian ini melihat apa saja hal-hal yang dapat menjadi pendorong dan penghambat pola asuh anak *stunting* berbasis keluarga. Berikut kerangka konsep berdasarkan gabungan teori dan konsep tersebut :



Gambar 2.8 Kerangka Konsep Penelitian
Pendorong dan Penghambat Pola Asuh Anak *Stunting*
Berbasis Keluarga



I. Definisi Konseptual

1. Dukungan Pelayanan Kesehatan

Dukungan pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah akses informasi dan informasi yang didapatkan, ketersediaan SDM Kesehatan (Petugas Gizi & Kader) serta ketersediaan fasilitas kesehatan dalam penanganan dan pencegahan *stunting*.

2. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah dukungan perawatan anak (pemberian ASI Eksklusif, usia pemberian MP-ASI, dan imunisasi), ketersediaan makanan bergizi, sanitasi yang baik, dan pola pengasuhan anak yang tepat.

3. Dukungan Sosial (Tokoh Masyarakat)

Dukungan sosial yang dimaksud dalam penelitian ini adalah dukungan penanggulangan dan pencegahan *stunting* serta pemberian edukasi pengasuhan anak.

4. Perawatan Anak

Perawatan anak yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pemberian ASI Eksklusif selama enam bulan tanpa menambahkan atau mengganti dengan minuman lainnya (kecuali obat dan vitamin), usia pemberian MP-ASI yang dilakukan sejak usia enam bulan sampai usia dua tahun dengan masih bantuan ASI, dan status imunisasi yang

berikan pada anak .



5. Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah penghasilan tetap yang ada dalam rumah tangga, penghasilan tambahan anggota keluarga lainnya, dan biaya yang dikeluarkan untuk keperluan keluarga dan pengasuhan anak.

6. Pengetahuan Keluarga

Pengetahuan keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah persepsi tentang pola asuh anak, *stunting*, dan gizi seimbang. Adapun tambahan mengenai pengetahuan SDM Kesehatan & Tokoh Masyarakat mengenai *stunting*.

7. Asupan Makanan

Asupan makanan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah makanan apa saja yang diberikan dan dikonsumsi pada anak *stunting*.

8. Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial yang dimaksud dalam penelitian ini adalah keadaan lingkungan (sanitasi dan ketersediaan air bersih), serta interaksi sosial di sekitar tempat tinggal anak *stunting*.

