

TESIS

**HUBUNGAN POLA MAKAN DAN STATUS GIZI IBU SAAT HAMIL
DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA BADUTA USIA 6-23
BULAN DI KECAMATAN POLONGBANGKENG UTARA
2019**

*The relationship between Eating Pattern and Nutrition Status with
Stunting incidence of the stunting at the age 6-23 Months in North
Polongbangkeng District*

UMI KALSUM

P102172030



**PROGRAM STUDI MAGISTER KEBIDANAN
SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2019**

TESIS

**HUBUNGAN POLA MAKAN DAN STATUS GIZI DENGAN
KEJADIAN STUNTING PADA BADUTA USIA 6-23 BULAN DI
KECAMATAN POLONGBANGKENG UTARA 2019**

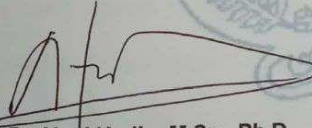
Disusun dan diajukan oleh

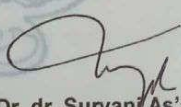
UMI KALSUM
Nomor Pokok P102172030

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal Desember 2019


dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasihat,

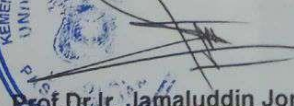

Prof. Dr. Veni Hadju, M.Sc., Ph.D
Ketua


Prof. Dr. dr. Suryani As'ad, M.Sc., SpGK(K)
Anggota

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Kebidanan,


Dr. dr. Sharvianty Arifuddin, Sp. OG (K)

Dekan, Sekolah Pascasarjana
Universitas Hasanuddin,


Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA., selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Dr.dr.Sharvianty Arifuddin, Sp.OG (K) selaku Ketua Program Studi Magister Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Prof. dr. Veni Hadju, M,Sc.,Ph,D selaku Ketua Komisi Penasehat yang selalu memberikan arahan, masukan, bimbingan serta bantuannya sehingga siap untuk di ujikan di depan penguji.
5. Prof. Dr.dr.Suryani As'ad, M.Sc. Sp.G(K) selaku Anggota Komisi Penasehat yang telah dengan sabar memberikan arahan, masukan, bimbingan serta bantuannya sehingga siap untuk di ujikan di depan penguji.
6. dr. Aminuddin, M.Nut & Diet., Ph.D, Dr. Andi Nilawati Usman, SKM., M.Kes dan Dr.dr.Burhanuddin Bahar, MS selaku penguji yang telah memberikan masukan, bimbingan, serta perbaikan sehingga proposal ini dapat disempurnakan.
7. Para Dosen dan Staf Program Studi Magister Kebidanan yang telah dengan tulus memberikan ilmunya selama menempuh pendidikan.
8. Staf UPT Puskesmas Polongbangkeng Utara yang telah banyak membantu dalam rangka pengambilan informasi data awal dalam penyusunan proposal usulan penelitian hingga Tesis ini.

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirahim.

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Momen bersejarah yang tercatat dalam lembaran kehidupan kini telah tergores. Penelitian sederhana ini menunjukkan bahwa ada keinginan, keberanian, dan impian untuk berbuat yang terbaik di tengah himpitan rasa sakit, jenuh, dan bosan yang datang tak terduga. Perjuangan menaklukkan berbagai kendala, rintangan dan air mata menjadi pemantik semangat dan motivasi penulis. Pahit manis itulah yang menjadi memori yang tak terlupakan. Semua perlu di syukuri. Hanya kepada Dzat Yang Maha Kuasa, Penguasa jagat raya, tempat syukur itu bermuara.

Kekuatan positif sebagai katalisator yang menyumbang energi yang luar biasa kepada penulis dalam menyelesaikan Tesis sederhana ini patut untuk diapresiasi, Terima kasih yang tiada tara kepada kedua orang tuaku tercinta, ayahanda H.Tolo Mahmuda dan Ibunda tercinta Hj. Sabaria Razak sebagai salah satu wujud cinta dan terima kasih penulis atas segala pengorbanan dalam mengasuh, mendidik, dan membiayai penulis dengan penuh kesabaran dan kasih sayang yang tak ternilai serta senantiasa mendoakan kesehatan dan keberhasilan penulis.

Penulis menyadari sepenuhnya tanpa bantuan dari pihak yang terkait, Tesis ini tidak dapat terealisasikan. Melalui kesempatan ini, maka ijinkan saya mengucapkan terima kasih kepada :

9. Terkhusus juga kepada suami saya tercinta Muh. Akbar, ST yang telah tulus ikhlas memberikan kasih sayang, cinta, doa, perhatian, dukungan moral dan materil yang telah diberikan selama ini.

10. Teman-teman seperjuangan Magister Kebidanan angkatan VII khususnya untuk teman-teman yang telah memberikan dukungan, bantuan, serta semangatnya dalam penyusunan proposal ini.

Dalam penelitian ini, Peneliti sangat mengharapkan masukan dan arahan. Semoga penelitian yang dilakukan memberikan kontribusi dan manfaat bagi kita semua dan semoga Allah SWT senantiasa mencurahkan berkah dan rahmatnya. Aamiin Allahumma Aamiin.

Makassar, Januari 2019

UMI KALSUM

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	75
A. Hasil	75
1. Analisis Univariat	76
2. Analisis Bivariat	79
3. Analisis Multivariat	80
B. Pembahasan	82
BAB V PENUTUP	86
A. Kesimpulan	86
B. Saran	87
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

1. Faktor Ibu	20
a. Pola Makan Ibu Saat Hamil	20
b. Masalah Status Gizi Ibu saat Hamil	24
2. Faktor Anak	41
a. Masalah KEP	41
b. Berat Badan Lahir Rendah	43
c. Riwayat Infeksi	46
d. Riwayat Menyusui	48
e. Status Imunisasi	50
3. Faktor Keluarga	50
a. Pendidikan Orang tua	50
b. Jumlah Pendapatan Keluarga	52
c. Jumlah Anggota Keluarga	54
4. Lingkungan	55
a. Ketersediaan Air bersih	55
b. Sanitasi	56
C. Gizi untuk tumbuh Kembang Baduta (Bawah Dua Tahun)	57
D. Kerangka Teori	57
E. Kerangka Konsep	58
F. Hipotesis Penelitian	60
G. Defenisi Operasional	60
BAB III METODE PENELITIAN	
1. Jenis dan Rancangan Penelitian	64
2. Lokasi dan Waktu Penelitian	64
3. Populasi dan Sampel	65
4. Teknik Pengumpulan Data	69
5. Sumber data	69
6. Pengolahan data	70
7. Analisis Data	71
8. Penyajian Data	71
9. Instrumen Penelitian	75

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
1. Tujuan Umum	7
2. Tujuan Khusus	7
D. Manfaat Penelitian	7
1. Bagi Institut Pendidikan	7
2. Manfaat Bagi Instansi Terkait	8
3. Manfaat Bagi Peneliti	8
E. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Stunting	9
1. Definisi	9
2. Dampak Stunting	11
3. Upaya Pencegahan Stunting dan penanggulangan	13
4. Epidemiologi	15
5. Patofisiologi Stunting	18
B. Tinjauan Umum tentang faktor yang Mempengaruhi Stunting	20

ABSTRAK

UMI KALSUM. *Hubungan Pola Makan dan Status Gizi dengan Kejadian Stunting pada Baduta Usia 6-23 Bulan di Kecamatan Polongbangkeng Utara (dibimbing oleh Veni Hadju dan Suriani As'ad).*

Penelitian ini bertujuan mengetahui faktor risiko stunting pada baduta usia 6-23 bulan setelah mengontrol variabel lainnya di Kecamatan Polongbangkeng Utara tahun 2019.

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan desain kasus kontrol. Jumlah sampel penelitian sebanyak 68 kasus, yaitu baduta yang menderita stunting dan 68 orang sebagai kontrol, yaitu baduta normal/tidak stunting. Analisis data bivariat menggunakan uji *chi-Square* dengan $\alpha=0,05$ dan analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor risiko yang signifikan terhadap kejadian stunting, yaitu faktor ibu yang meliputi riwayat pola makan dan status gizi berdasarkan anemia dan KEK. Riwayat pola makan bernilai $p=0,000$ ($<0,05$) dengan nilai $OR=7,824$ kali mengalami stunting. Status gizi berdasarkan anemia bernilai $p=0,026$ ($<0,05$) dengan nilai $OR=2,473$ kali mengalami risiko stunting. Status gizi berdasarkan KEK bernilai $p=0,000$ ($<0,05$) dengan nilai $OR=5,093$ kali mengalami risiko stunting.

Kata kunci: stunting, riwayat pola makan, anemia, KEK, baduta usia 6-23 bulan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gizi cukup penting pada anak usia dini untuk memastikan pertumbuhan yang sehat, pembentukan organ yang tepat dan fungsi sistem kekebalan yang kuat, dan pengembangan neurologis dan kognitif. Selain itu, diperkirakan bahwa lebih dari sepertiga dari kematian balita yang disebabkan kekurangan gizi (Unicef-who-bank et al. n.d.). Anak-anak di seluruh dunia dapat mencapai potensi pertumbuhan mereka jika mereka diasuh dalam lingkungan yang sehat. Gizi ibu, anemia, penggunaan tembakau dan polusi udara dalam ruangan dapat membatasi pertumbuhan janin dan mengakibatkan berat lahir rendah (Dewey 2011)

Masalah gizi merupakan penyebab utama beban penyakit pada anak secara global (Sathyamalam, 2017). Tiga indikator utama yang digunakan untuk mendefinisikan kekurangan gizi, yaitu, stunting, underweight, dan wasting. Ketiga indikator tersebut mewakili masalah nutrisi yang berbeda untuk anak yang diukur dengan indeks tinggi badan menurut umur, dan berat badan menurut usia. Lencet mengatakan bahwa ibu hamil dan anak yang memiliki gizi buruk memiliki hubungan asosiasi yang kuat dengan kejadian stunting oada

usia dua tahun dan memiliki konsekuensi jangka panjang (Gracia Cruz et al., 2017)

Menurut World Health Organization (WHO, 2013), Stunting merupakan kekurangan gizi kronis akibat kekurangan asupan zat gizi dalam waktu yang lama dan biasanya diikuti dengan frekuensi sering sakit. Stunting secara sensitif di sebabkan oleh berbagai faktor seperti kurangnya pengasuhan, penggunaan air yang tidak bersih, lingkungan yang tidak sehat, terbatasnya akses terhadap pangan dan kemiskinan. Stunting secara spesifik dapat berawal dari ibu mengandung. Kondisi gizi ibu hamil, sebelum hamil bahkan setelahnya akan menentukan pertumbuhan janin. Ibu hamil yang kekurangan gizi akan berisiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah, dan ini merupakan penyebab utama stunting (Himatul Khoeroh 2017)

Berbagai faktor dapat memengaruhi terjadinya stunting. Status gizi orangtua, terutama status gizi ibu sangat berkaitan dengan kejadian anak pendek. Penelitian Zottarelli et al. (2007) di Mesir menunjukkan bahwa tinggi badan ibu <150 cm cenderung memiliki anak yang stunting

Merujuk pada pola pikir UNICEF, masalah stunting terutama disebabkan karena ada pengaruh dari pola asuh, cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan, lingkungan, dan ketahanan pangan(Charles et al. 2015). Stunting tidak hanya berhubungan dengan penurunan tinggi badan, tetapi juga peningkatan morbiditas, mortalitas, keterlambatan

perkembangan, prestasi sekolah yang buruk, dan fungsi kognitif yang lebih rendah di masa kecil, dan pendapatan yang kurang sebagai orang dewasa. Oleh karena itu, stunting di masa kanak-kanak telah diidentifikasi sebagai prioritas kesehatan global utama (Akombi et al. 2017)

Kejadian balita pendek atau stunting merupakan salah satu masalah gizi yang dialami oleh balita di dunia saat ini. Pada tahun 2017 22,2% atau sekitar 150,8 juta balita di dunia mengalami stunting. Namun, angka ini sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan angka stunting pada tahun 2000 yaitu 32,6%. Pada tahun 2017, lebih dari setengah balita stunting di dunia berasal dari Asia (55%) sedangkan dari sepertiganya (39%) tinggal di Afrika. Dari 83,6 juta balita stunting di Asia, proporsi terbanyak dari Asia Selatan (58,7%) dan proporsi paling sedikit di Asia Tengah (0,9%) (Kemenkes 2018)

UNICEF memperkirakan prevalensi anak stunting di Nigeria terdapat 36% pada tahun 2013 yang menunjukkan bahwa stunting masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama di negara ini (Akombi et al. 2017). Prevalensi stunting tertinggi di Afrika 40%, dan jumlah terbesar anak stunting di Asia adalah (112 juta) (Dewey 2011)

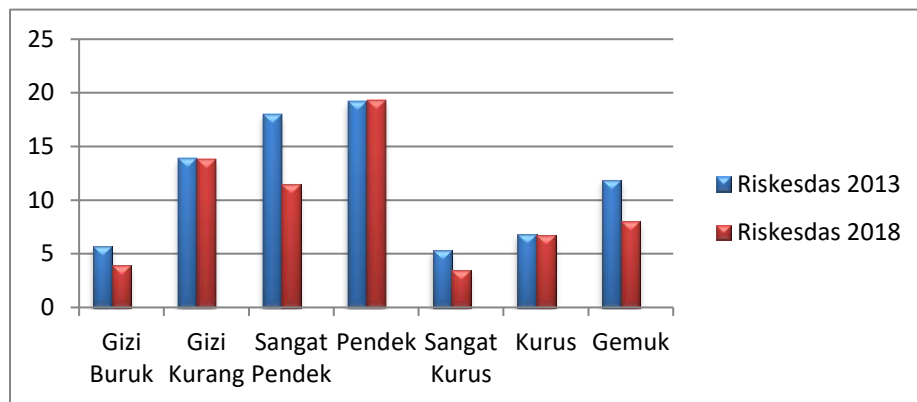
India merupakan negara dengan prevalensi tinggi stunting (30,0-39,9%). Data dari Departemen dalam Negeri Pemerintah India tahun 2012, Maharashtra India negara kedua yang paling padat penduduknya

dengan populasi lebih dari 112 juta orang. Gizi buruk anak dikonfirmasi oleh India National Family Health Survey yang mengindikasikan bahwa 38,8% anak-anak Maharashtra yang berusia 0-23 bulan terlambat pertumbuhannya. Dan dari sepertiga anak yang stunting (47%) mengalami stunting parah (Aguayo, Nair, and Badgaiyan 2016)

Data prevalensi balita stunting yang dikumpulkan *World Health Organization* (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/South-East Asia Regional (SEAR). Rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4% (Kemenkes 2018).

Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi stunting secara nasional sebesar 37,2% (sangat pendek 18% dan pendek 19,2%). Sulawesi Selatan merupakan provinsi dengan urutan ke 3 yang masuk dalam kategori serius setelah Papua dan Maluku. Prevalensi stunting di Provinsi Sulawesi Selatan sebesar 38,9% (sangat pendek 15,8% dan pendek 23,1%) (Sukmawati, Hendrayati Chaerunnimah 2018)

Gambar 1.1 Prevalensi Masalah Gizi pada Balita Tahun 2013 dan Tahun 2018



Sumber: Kemenkes, 2018

Penelitian yang dilakukan oleh Akmal Novrian Syahrudin dkk, Berdasarkan Laporan Survei Gizi Kesehatan Ibu dan Anak Baduta di Kecamatan Kelara, kabupaten Jeneponto, prevalensi stunting cukup tinggi yaitu 32%. Survei yang sama juga di lakukan pada kecamatan Bontoramba dengan prevalensi baduta stunting 58,5% (Akmal, dkk. 2016)

Berdasarkan Laporan Tahunan UPT Puskesmas Polongbangkeng Utara Tahun 2018, Jumlah bayi lahir ditahun 2018 sebanyak 447 bayi dan jumlah bayi yang mengalami BBLR sebanyak 7 bayi untuk sekitar wilayah kerja puskesmas Polongbangkeng Utara yang terdiri dari Tujuh desa yaitu Panrannuangku, Manongkoki, Maleweng, Pelloko, Mattompodalle, Pa'rapunganta, Parang Boddo. Jumlah balita yang mengalami kasus BGM selama tahun 2018 di wilayah kerja Puskesmas

Polongbangkeng Utara sekitar 39 anak balita dengan jumlah keseluruhan balita di Tujuh desa sebanyak 2.103 anak balita. Dari data perbaikan gizi di Puskesmas Polongbangkeng Utara ini ditemukan datang menimbang (D/S) sebanyak 82,80% atau sekitar 1,742 anak balita, sedangkan untuk jumlah balita yang timbangannya naik (N/S) sebanyak 58,50% atau sekitar 1,231.

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian terkait dengan Hubungan Pola Makan dan Status Gizi Ibu saat Hamil dengan Kejadian Stunting pada Balita usia 6-23 bulan di Kecamatan Polongbangkeng Utara Kabupaten Takalar. Penetapan Kabupaten Takalar menjadi lokasi penelitian karena kabupaten ini adalah salah satu kabupaten di Sulawesi Selatan yang mengembangkan program Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK) dengan fokus utama percepatan perbaikan gizi khususnya masalah stunting.

B. Rumusan Masalah

Stunting terjadi mulai pra-konsepsi ketika remaja menjadi ibu yang kurang gizi dan anemia. Menjadi parah ketika dengan asupan gizi yang tidak mencukupi kebutuhan, di tambah lagi ketika ibu hidup di lingkungan dengan situasi kurang memadai. Stunting adalah suatu kondisi kekurangan gizi kronis yang terjadi pada saat periode kritis dari proses tumbuh kembang janin. Kurangnya pemahaman ibu hamil

terhadap dampak dari asupan gizi yang tidak seimbang pada saat hamil akan menyebabkan terjadinya KEK dan Anemia hingga terjadinya kelahiran Berat Badan Lahir Rendah dan akan berlanjut dengan kejadian Stunting.

Berdasarkan kesimpulan tersebut, maka dirumuskan masalah “Apakah ada pengaruh Pola Makan dan Status Gizi dengan Kejadian Stunting pada Baduta Usia 6-23 bulan”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan status gizi dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan di Kecamatan Polongbangkeng Utara.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara pola makan ibu saat hamil terhadap kejadian stunting
- b. Untuk mengetahui apakah ada hubungan status gizi yang meliputi anemia dan KEK ibu saat hamil dengan kejadian stunting

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institut Pendidikan

Sebagai Informasi tambahan yang dapat di kembangkan untuk pelayanan kesehatan khususnya dalam bidang Kebidanan dan

Kesehatan Masyarakat dan sebagai data yang dapat digunakan untuk menjadi penelitian selanjutnya.

2. Bagi Instansi terkait

Sebagai acuan informasi bagi instansi terkait (Dinas Kesehatan) mengenai status gizi ibu hamil agar dapat memperbaiki generasi bangsa yang akan datang.

3. Bagi Peneliti

Sebagai acuan bagi peneliti dalam rangka menambah wawasan tentang status gizi, dan kejadian stunting.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Stunting

1. Defenisi

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

Stunting adalah masalah gizi kronis pada balita yang ditandai dengan tinggi badan yang lebih pendek dibandingkan dengan anak seusianya. Anak yang menderita stunting akan lebih rentan terhadap penyakit dan ketika dewasa berisiko untuk mengidap penyakit degeneratif. Dampak stunting tidak hanya pada segi kesehatan tetapi juga mempengaruhi tingkat kecerdasan anak(Kemenkes 2018)

Stunting atau malnutrisi kronik merupakan bentuk lain dari kegagalan pertumbuhan. 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 1.1 Kategori dan Ambang batas Status Gizi Anak Umur 0-60 bulan berdasarkan Indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) dan Panjang Badan menurut Umur (PB/U)

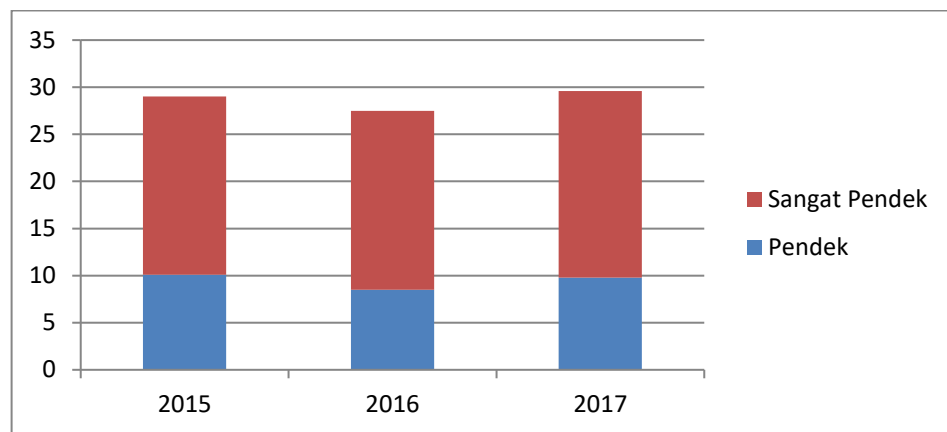
Indeks	Status Gizi	Z-score
PB/U atau TB/U	Sangat Pendek (severe stunting)	< - 3 SD
	Pendek (Stunting)	-3 SD s/d <-2 SD
	Normal	- 2,0
	Tinggi	>2 SD

Sumber: Kemenkes, 2011

Seorang anak yang mengalami kekerdilan (stunted) sering terlihat seperti anak dengan tinggi badan yang normal, namun sebenarnya mereka lebih pendek dari ukuran tinggi badan normalnya untuk anak seusianya (Unicef-who-bank et al. n.d.)

Survei PSG diselenggarakan sebagai monitoring dan evaluasi kegiatan dan capaian program. Berdasarkan hasil PSG tahun 2015, prevalensi balita pendek di Indonesia adalah 29%. Angka ini mengalami penurunan pada tahun 2016 menjadi 27,5%. Namun, prevalensi balita pendek kembali meningkat menjadi 29,6% pada tahun 2017 (Kemenkes 2018)

Gambar 1.2 Prevalensi Balita Pendek di Indonesia Tahun 2015-2017



Sumber : Kemenkes, 2018

2. Dampak Stunting

Stunting dapat memberikan dampak bagi kelangsungan hidup anak. WHO (2014) membagi dampak yang diakibatkan oleh stunting menjadi 2 yang terdiri dari jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek dari stunting adalah di bidang kesehatan, dapat menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas di bidang perkembangan berupa penurunan perkembangan kognitif, motorik, dan bahasa, dan di bidang

ekonomi berupa peningkatan pengeluaran untuk biaya kesehatan. Stunting juga dapat menyebabkan dampak jangka panjang di bidang kesehatan berupa perawakan yang pendek, peningkatan risiko untuk obesitas dan komorbiditasnya, dan penurunan kesehatan reproduksi, dibidang perkembangan berupa penurunan prestasi dan kapasitas kerjanya (WHO, 2014)

Sebuah studi mengatakan bahwa stunting pada anak terkait dengan pendidikan yang buruk, berkurangnya usia sekolah dan pendapatan rendah saat orang dewasa. Anak-anak yang kerdil lebih cenderung tumbuh menjadi orang dewasa yang kurang berpedidikan, lebih miskin, kurang sehat, dan rentan terhadap penyakit tidak menular. Oleh karena itu, stunting merupakan predictor kualitas sumber daya manusia yang buruk, yang pada gilirannya ,mengurangi kapabilitas suatu negara di masa depan (Unicef, 2012)

Menurut penelitian Haddinott (2013) stunting pada usia 2 tahun memberikan dampak yang buruk berupa nilai sekolah yang lebih rendah, berhenti sekolah, akan memiliki tinggi badan yang lebih pendek, dan berkurangnya kekuatan genggaman tangan sebesar 22%. Stunting pada usia 2 tahun juga memberi dampak ketika dewasa berupa pendapatan perkapitas yang rendah dan juga meningkatnya probabilitas untuk menjadi miskin. Stunting juga

berhubungan terhadap meningkatnya jumlah kehamilan dan anak kemudian hari, sehingga Hoddinott menyimpulkan bahwa pertumbuhan yang terhambat dikehidupan awal dapat memberikan dampak buruk terhadap kehidupan, sosial dan ekonomi seseorang (Hoddinott et al., 2013). Dampak stunting terhadap prestasi sekolah juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Perigon, dkk. (2014) terhadap anak usia 6-16 tahun di Kamboja (Perigon et al., 2014)

3. Upaya Pencegahan dan Penanggulangan Stunting

Periode yang paling kritis dalam penanggulangan stunting dimulai sejak janin dalam kandungan sampai anak berusia 2 tahun yang disebut dengan periode emas (Seribu Hari Pertama Kehidupan). Oleh karena itu, perbaikan gizi diprioritaskan pada usia seribu hari pertama kehidupan yaitu 270 hari selama kehamilannya dan 730 hari pada awal kehidupan pertama bayi yang dilahirkan (Kemenkes, 2018)

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.

Untuk mewujudkan hal tersebut, 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:

1. Ibu Hamil dan Bersalin
 - a. Intervensi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan
 - b. Mengupayakan jaminan mutu *Ante Nata Care* (ANC) terpadu
 - c. Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan
 - d. Meyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan mikronutrien (TKPM)
 - e. Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular)
 - f. Pemberantasan cacingan
 - g. Meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam buku KIA
 - h. Penyuluhan dan pelayanan KB
2. Balita
 - a. Pemantauan Tumbuh Balita
 - b. Menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita
 - c. Menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak

d. Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

3. Anak Usia Sekolah

a. Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

b. Memperkuat kelembagaan Tim Pembina UKS

c. Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS)

d. Memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba

4. Remaja

a. Meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba

b. Pendidikan kesehatan reproduksi.

5. Dewasa Muda

a. Penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB)

b. Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular)

c. Meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba (Kemenkes 2018)

4. Epidemiologi

Masalah balita pendek menggambarkan adanya masalah gizi kronis, dipengaruhi dari kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita. Seperti masalah gizi lainnya, tidak hanya terkait masalah kesehatan, namun juga dipengaruhi berbagai kondisi lain secara tidak langsung yang mempengaruhi kesehatan. Upaya perbaikan harus meliputi upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara langsung (intervensi gizi spesifik) dan upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara tidak langsung (intervensi gizi sensitif) (Kemenkes 2013)

Stunting merupakan bentuk kegagalan pertumbuhan (growth faltering) akibat akumulasi ketidakcukupan nutrisi yang berlangsung lama mulai dari kehamilan sampai usia 24 bulan (Hoffman et al, 2000; Bloem et al, 2013). Keadaan ini diperparah dengan tidak terimbangnya kejar tumbuh (catch up growth) yang memadai (Kusharisupeni, 2002; Hoffman et al, 2000). Indikator yang digunakan untuk mengidentifikasi balita stunting adalah berdasarkan indeks Tinggi badan menurut umur (TB/U) menurut standar WHO child growth standart dengan kriteria stunting jika nilai z score TB/U < -2 Standard Deviasi (SD) (Picauly & Toy, 2013; Mucha, 2013). Periode 0- 24 bulan merupakan periode yang

menentukan kualitas kehidupan sehingga disebut dengan periode emas. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi. Untuk itu diperlukan pemenuhan gizi yang adekuat pada usia ini (STIKes Hang Tuah Pekanbaru 2015)

Banyak faktor yang menyebabkan tingginya kejadian stunting pada balita. Penyebab langsung adalah kurangnya asupan makanan dan adanya penyakit infeksi (Unicef, 1990; Hoffman, 2000; Umeta, 2003). Faktor lainnya adalah pengetahuan ibu yang kurang, pola asuh yang salah, sanitasi dan hygiene yang buruk dan rendahnya pelayanan kesehatan (Unicef, 1990). Selain itu masyarakat belum menyadari anak pendek merupakan suatu masalah, karena anak pendek di masyarakat terlihat sebagai anak-anak dengan aktivitas yang normal, tidak seperti anak kurus yang harus segera ditanggulangi. Demikian pula halnya gizi ibu waktu hamil, masyarakat belum menyadari pentingnya gizi selama kehamilan berkontribusi terhadap keadaan gizi bayi yang akan dilahirkannya kelak (Unicef Indonesia, 2013)

Permasalah gizi adalah permasalahan dalam siklus kehidupan, mulai dari kehamilan, bayi, balita, remaja, sampai dengan lansia. Masalah gizi dapat terjadi pada seluruh kelompok

umur, bahkan masalah gizi pada suatu kelompok umur tertentu akan mempengaruhi pada status gizi pada periode siklus kehidupan berikutnya (intergenerational impact) (STIKes Hang Tuah Pekanbaru 2015)

Faktor determinan lainnya yang berhubungan dengan kejadian stunting adalah faktor sosial ekonomi. Status`sosial ekonomi, usia, jenis kelamin dan pendidikan ibu merupakan faktor penting dari status gizi remaja (underweight dan stunting) (Assefa, 2013). Penelitian yang dilakukan di negara yang berpendapatan menengah dan rendah menunjukkan bahwa anak-anak yang tinggal di daerah kumuh, semakin bertambahnya usia anak memperburuk risiko untuk stunting (Kyu & Shannon, 2013). Kesehatan anak juga menjadi faktor penentu kejadian stunting. Berulang atau berkepanjangan episode diare selama masa kanak-kanak meningkatkan risiko stunting (Ricci et al, 2013)

5. Patofisiologi Stunting

Stunting terjadi mulai dari pra-konsepsi ketika seorang remaja menjadi ibu yang kurang gizi dan anemia. Menjadi parah ketika hamil dengan asupan gizi yang tidak mencukupi kebutuhan, ditambah lagi ketika ibu hidup di lingkungan dengan sanitasi kurang memadai (Kemenkes 2018)

Masalah kekurangan gizi diawali dengan perlambatan atau retardasi pertumbuhan janin yang dikenal sebagai IUGR (Intra Uterine Growth Retardation). Di negara berkembang, kurang gizi pada pra-hamil dan ibu hamil berdampak pada lahirnya anak yang IUGR dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Kondisi IUGR hampir separuhnya terkait dengan status gizi ibu, yaitu berat badan (BB) ibu pra-hamil yang tidak sesuai dengan tinggi badan ibu atau bertubuh pendek, dan penambahan berat badan selama kehamilannya (PBBH) kurang dari seharusnya. Ibu yang pendek waktu usia 2 tahun cenderung bertubuh pendek pada saat menginjak dewasa. Apabila hamil ibu pendek akan cenderung melahirkan bayi yang BBLR. Ibu hamil yang pendek membatasi aliran darah rahim dan pertumbuhan uterus, plasenta dan janin sehingga akan lahir dengan berat badan rendah (Kramer, 1987). Apabila tidak ada perbaikan, terjadinya IUGR dan BBLR akan terus berlangsung di generasi selanjutnya sehingga terjadi masalah anak pendek intergenerasi (STIKes Hang Tuah Pekanbaru 2015)

Dampak dari kekurangan gizi pada awal kehidupan anak akan berlanjut dalam setiap siklus hidup manusia. Wanita usia subur (WUS) dan ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronis (KEK) akan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). BBLR ini akan berlanjut menjadi balita gizi kurang

(stunting) dan berlanjut ke usia anak sekolah dengan berbagai konsekuensinya. Kelompok ini akan menjadi generasi yang kehilangan masa emas tumbuh kembangnya dari tanpa penanggulangan yang memadai kelompok ini yang dikhawatirkan *lost generation*. Kekurangan gizi pada hidup manusia per;u diwasadai dengan saksama, selain dampak terhadap tumbuh kembang anak kejadian ini biasanya tidak berdiri sendiri tetapi diikuti masalah defisiensi zat gizi mikro (I Dewa, 2016)

B. Tinjauan Umum tentang Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting

1. Faktor Ibu

a. Pola Makan

Stunting udah dimulai sejak sebelum kelahiran karena gizi ibu hamil selama kehamilan buruk, pola makan yang buruk, kualitas makanan juga buruk, dan intensitas frekuensi menderita penyakit. Stunting menggambarkan kegagalan pertumbuhan yang terjadi dalam jangka waktu yang lama, dan dihubungkan dengan penurunan kapasitas fisik dan psikis, penurunan pertumbuhan fisik, dan pencapaian dibidang pendidikan rendah (Unicef-who-bank et al. n.d.)

Sepanjang tahap kehamilan, ibu hamil membutuhkan konsumsi makanan yang lebih dari semula, pola makanan yang

tepat, juga asupan macronutrients yang seimbang. Pemenuhan peningkatan asupan makanan ini berperan penting terhadap kesehatan ibu hamil dan janin. Pola asupan makanan yang adekuat sejak tahap awal kehamilan sangat penting untuk menunjang kesehatan fisik dan perkembangan mental janin (Bezaliel R, Narasiang, Nelly Mayulu 2016)

Kekurangan gizi pada kehamilan akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan janin, serta menghambat pembentukan fungsi otak janin. Janin yang kekurangan gizi berisiko lahir dengan berat badan rendah dan ketika tumbuh dewasa akan berisiko lebih tinggi untuk menderita penyakit degeneratif (diabetes, hipertensi, penyakit jantung, dan stroke) daripada yang tidak kekurangan gizi. Setiap tahun di negara berkembang, kurang lebih 13 juta bayi lahir dengan gangguan pertumbuhan sejak dalam kandungan dan sebanyak 20 juta bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (Bezaliel R, Narasiang, Nelly Mayulu 2016)

Ibu Hamil yang rentan kekurangan gizi

- 1) Alergi terhadap makanan pokok dan susu
- 2) Sebelum kehamilan biasanya malas makan,

- 3) kekurangan berat badan atau sedikit makan dan suka mengkonsumsi junk food. Berat badan ideal sebelum hamil ialah 45 kg.
- 4) Baru saja mengalami keguguraan atau lahir meninggal atau jarak antara satu anak dengan anak lain terlalu pendek
- 5) Minum alkohol atau merokok, atau pasangan merokok
- 6) Mempunyai penyakit kronis yang mengharuskan meminum obat secara teratur dan lama.
- 7) Masih muda, sebagai kehamilan remaja ialah kurang dari 20 tahun
- 8) Mengalami kehamilan kembar
- 9) Wanita karir dengan stres kerja tinggi.

Keluhan Akibat Gangguan Pola Makan

1) Sakit Kepala

Sakit kepala yaitu kondisi nyeri kepala yang berkepanjangan, berputar-putar bahkan seperti di pukul-pukul. Sakit kepala dapat muncul akibat beberapa masalah fisik. Sebagian besar wanita yang sering mengalami sakit kepala berulang, mengkonsumsi obat tertentu yang dirasa sudah cocok. Namun sebenarnya mengobati sendiri sakit kepala dapat berisiko terutama saat hamil. Justru harus diperhatikan, menganalisa situasi di tempat terjadinya sakit kepala. Hal ini

akan membantu mengenali pemicu sakit kepala , apakah karena makanan, alkohol, rokok, kurang olah raga, faktor lingkungan atau konsumsi obat baru. Apabila ibu hamil mengkonsumsi obat penghilang rasa sakit dalam jangka waktu melebihi yang disarankan, maka dapat menjadi efek samping berupa gangguan pembekuan darah, trauma pada sistem pencernaan seperti timbulnya gastritis (Prita Muliarini,2010)

2) Gangguan Pencernaan

Dapat disimpulkan bahwa gangguan pencernaan diakibatkan oleh kebiasaan pola makan yang buruk dan stres sehari-hari. Masalah pencernaan umumnya disebabkan oleh faktor-faktor eksternal yang membahayakan fungsi sistem pencernaan seperti stres, kebiasaan makan yang kurang sehat, tidak teratur, diet yang salah, pengobatan yang menyebabkan iritasi, infeksi kronis, dan hadirnya bakteri dalam saluran pencernaan (Prita Muliarini, 2010)

3) Mual dan Muntah

Ibu hamil sering sekali mengalami mual dan muntah ketika mereka belum makan atau mencium bau sesuatu seperti asap rokok, ruangan yang sesak, atau makanan tertentu. Meskipun pemicunya bervariasi dari ibu hamil yang

satu ke yang lainnya, namun gangguan tersebut bersifat umum
(Prita Muliarini)

Pola makan buruk seperti sering telat makan, konsumsi makanan yang mengandung lemak dan kolestrol tinggi, kurang minum air putih, dan lain-lain dapat menurunkan daya tahan tubuh. Untuk memperoleh kesehatan, maka pola makan harus alamiah, artinya fungsi pencernaan akan sehat apabila makanan yang dikonsumsi mengandung asam basa yang seimbang dan waktu makan disesuaikan dengan siklus sistem pencernaan (Fathona. S 2016)

Kebiasaan makan secara tidak teratur atau makan berlebihan biasanya terbina oleh lingkungan. Namun, hal ini bisa diubah dengan mempelajari kebiasaan-kebiasaan yang baik untuk membentuk tubuh yang sehat. Kebiasaan makan pada jam-jam tertentu dapat melatih disiplin diri menghindari sedapat mungkin mengkonsumsi cemilan. Mengkonsumsi makanan adalah untuk kebutuhan tubuh bukan atas dasar keinginan.

b. Masalah Status Gizi Ibu saat Hamil

Masalah gizi pada hakikatnya adalah masalah kesehatan masyarakat, tetapi penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Penyebab timbulnya masalah gizi adalah multifaktor, karena itu

pendekatan penaggulangannya harus melibatkan berbagai sektor yang terkait. Sektor terkait tersebut adalah bidang kesehatan dan luar kesehatan. Keberhasilan program gizi, sebesar 30% ditentukan oleh sektor kesehatan atau gizi yang disebut dengan intervensi spesifik dan sebesar 70% oleh sektor luar kesehatan yang disebut dengan intervensi sensitif. (Bakri Bachyar, dkk 2017)

SDT 2014 mendapatkan bahwa diperkotaan maupun dipedesaan lebih dari 50% Ibu Hamil mendapatkan asupan energi yang kurang dari 70% AKE dan hanya 14% yang tingkat kecukupan energinya cukup. Demikian pula kecukupan protein, 49,6% Ibu Hamil di perkotaan dan 55% dan dipedesaan mendapatkan asupan protein \leq 80% Angka Kecukupan Protein (AKP).

Untuk mencegah anemia ibu hamil dianjurkan mengonsumsi paling sedikit 90 tablet selama kehamilannya. Target cakupan pemberian 90 tablet tambah darah pada ibu hamil untuk tahun 2014 adalah sebesar 95%. Hanya Provinsi Bali yang mencapai target. Sedangkan cakupan nasional hanya mencapai 85,1% demikian pula provinsi selain Bali (Kementrian Kesehatan R. 2016)

Salah satu parameter untuk mengetahui status gizi ibu hamil adalah dengan melihat peningkatan berat badan selama

kehamilan. Idealnya, dalam 5 bulan pertama terdapat peningkatan 1 kg berat badan ibu per bulan. Dalam bulan-bulan berikutnya diharapkan peningkatan sebesar 2 kg per bulannya. Selama kehamilan, diharapkan adanya berat badan ibu sebesar:

1. 7-11,5 kg bagi mereka dengan berat badan > 65 kg saat mulai hamil
2. 12-15 kg mereka dengan berat badan 45-65 kg saat mulai hamil
3. 12,5-18 kg bagi mereka dengan berat badan < 45 kg saat mulai hamil.

Setelah mengetahui status gizi ibu hamil, barulah sekarang menghitung kebutuhan ibu hamil. Wanita hamil membutuhkan sekitar 2485 kalori per hari, yang terdiri dari

a) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber tenaga atau energi (1 kg karbohidrat = 4 kalori energi), kegunaan lainnya yaitu menjaga kesehatan jaringan saraf dan penting dalam pembentukan sel darah merah. Kebutuhan lebih kurang 1292 kalori atau sama dengan 323 gram karbohidrat (sekitar 5 piring nasi). Sumber antara lain, nasi, mie, kentang, roti, dan sebagainya.

b) Protein

Protein diperlukan sebagai zat pembangun alias membangun jaringan tubuh janin (asupan protein yang kurang dapat menghambat pertumbuhan janin). Kebutuhan 60 gram per hari. Sumber, daging, ikan, susu, telur, tahu, tempe, dan kacang-kacangan.

c) Lemak

Lemak digunakan antara lain sebagai cadangan energi tubuh saat ibu kelak melahirkan (lemak merupakan zat gizi kaya energi, 1 gram lemak = 9 kalori), sebagai pelarut vitamin A, D, E, K, selain itu, juga diperlukan untuk perkembangan system saraf, fungsi penglihatan dan pertumbuhan otak bayi. Sumber lemak antara lain daging, susu, telur, mentega, minyak, tumbuhan, dll.

d) Vitamin dan Mineral

Fungsi vitamin dan mineral antara lain :

- Vitamin A : Membantu pertumbuhan kulit, tulang dan gigi.
Penting untuk fungsi penglihatan yang normal.
- Vitamin C : Membantu pembentukan jaringan tubuh janin.
Penting dalam proses metabolisme tubuh.
- Vitamin D : Bahan dasar pembentukan tulang dan gigi
- Kalsium : Membangun tulang dan gigi

- Besi : Membantu pembentukan sel-sel darah merah
- Asam Folat : Mencegah terjadinya cacat bawaan di tulang belakang.

Sumber vitamin dan mineral yaitu sayuran, buah-buahan dan susu (Atika Proverawati,2010)

Seorang ibu hamil memerlukan asupan gizi yang cukup untuk dirinya dan bayi yang dikandungnya, sehingga kebutuhan gizinya lebih tinggi dibandingkan saat belum hamil. Jika seorang ibu hamil mengalami kekurangan asupan gizi, maka akan menyebabkan kelainan pada janin. Demikian pula sebaliknya, bila ibu hamil kelebihan gizi, maka hal ini tidak baik pertumbuhan yang diperlukan untuk menunjang kesehatannya.

Ibu hamil harus mengonsumsi makanan setiap hari sesuai dengan kebutuhan tubuhnya yang semakin bertambah seiring dengan berbagai perubahan yang menyertainya, seperti yang diatur dalam AKG. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2013, angka kecukupan gizi yang dianjurkan bagi bangsa Indonesia selanjutnya disingkat AKG adalah suatu kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi semua orang menurut golongan usia, jenis kelamin, ukuran tubuh, serta aktivitas tubuh untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (Fathona, S 2016)

Gizi Ibu Hamil mendapat perhatian karena sangat berpengaruh pada perkembangan janin yang dikandungnya. Sejak janin sampai anak berumur dua tahun atau 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) gizi sangat berpengaruh terhadap perkembangan fisik dan kognitif. Kekurangan Gizi pada masa ini juga dikaitkan dengan risiko terjadinya penyakit kronis usia dewasa, yaitu kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, hipertensi, stroke dan diabetes. Pada masa kehamilan gizi ibu hamil harus memenuhi kebutuhan janin tergantung pada gizi ibu dan kebutuhan gizi juga harus tetap terpenuhi (Kementrian Kesehatan RI 2016)

Asupan energi protein yang tidak mencukupi pada ibu hamil dapat menyebabkan Kurang Energi Kronik (KEK). Wanita hamil berisiko mengalami KEK jika memiliki LILA < 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK berisiko melahirkan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). BBLR akan membawa risiko kematian, gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak. KEK juga mendapatkan proporsi Ibu Hamil umur 15-49 tahun dengan LILA < 23,5 cm atau berisiko KEK di Indonesia sebesar 24,2%. Proporsi terendah di Bali (10,1%) dari tertinggi di Nusa Tenggara Timur (45,5%) (Kementrian Kesehatan RI. 2016)

Asupan gizi yang optimal untuk pencegahan stunting dapat dilakukan dengan gerakan nasional percepatan perbaikan gizi yang didasari oleh komitmen negara untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia agar sehat, cerdas dan produktif, yang merupakan aset sangat berharga bagi bangsa dan negara Indonesia. Untuk mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas diperlukan status gizi yang optimal dengan cara melakukan perbaikan gizi secara terus menerus.

Adapun sasaran gerakan nasional ini meliputi : a) masyarakat khususnya remaja, ibu hamil, ibu menyusui, anak di bawah usia dua tahun; b) kader - kader di masyarakat; c) perguruan tinggi; d) pemerintah dan pemerintah daerah; e) media massa; f) dunia usaha; dan f) lembaga swadaya masyarakat dan mitra pembangunan internasional.

Sedangkan kegiatannya dilaksanakan melalui: a) kampanye nasional dan daerah; b) advokasi dan sosialisasi lintas sektor dan lintas lembaga; c) dialog untuk menggalang kerja sama dan kontribusi; d) pelatihan; e) diskusi; e) intervensi kegiatan gizi langsung (spesifik); f) intervensi gizi tidak langsung (sensitif); dan g) kegiatan lain (Kemenkes 2018)

Indonesia saat ini menghadapi masalah gizi ganda. yang dimaksud dengan gizi ganda adalah masalah gizi kurang belum tuntas tertangani, masalah gizi lebih. secara singkat diuraikan masalah kurang gizi yang menjadi tantangan tersebut (PSG Kemenkes, 2017)

a) Anemia

Anemia merupakan kondisi dimana kadar Hemoglobin (Hb) seseorang kurang dari 10 g/dL. Sedangkan angka idealnya untuk seorang ibu dewasa berdasarkan standar WHO adalah 12 g/dL. Artinya, seorang ibu dewasa yang sedang hamil maupun tidak didiagnosis mengalami anemia jika kadar Hb-nya dibawah 12 g/dL (Fathonah, S 2016)

Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang (Dewi, 2012).

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester 1 dan 3 atau kadar < 10,5 gr% pada trimester ke 2, nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan kondisi wanita tidak hamil, terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester 2 (Chunningham, 2005)

Hemoglobin merupakan zat warna yang terdapat dalam sel darah merah dan berguna untuk mengangkut oksigen dan karbon dioksida dalam tubuh. Hemoglobin adalah ikatan antara protein, garam besi, dan zat warna. Sebagian besar ibu hamil akan mengalami beberapa tingkatan anemia karena zat besi dibutuhkan untuk menghasilkan sel darah merah pada janin. Anemia bisa muncul selama kehamilan karena kekurangan asam folat. Saat kehamilan, anemia dapat dicegah atau diobati dengan menggunakan zat besi dan suplemen asam folat (Fathonah, S 2016)

Pada trimester pertama kehamilan zat besi yang dibutuhkan sedikit karena tidak terjadi menstruasi dan pertumbuhan janin masih lambat. Menginjak trimester kedua hingga ketiga, volume darah dalam tubuh wanita akan mengikat sampai 35 %, ini ekuivalen dengan 450 gram zat besi untuk memproduksi sel-sel darah merah. Sel darah merah harus mengangkut oksigen lebih banyak untuk janin sedangkan saat melahirkan, pertumbuhan besi 300-500 gram akibat kehilangan darah sampai saat melahirkan, wanita hamil butuh zat besi sekitar 40 gram perhari dua kali lipat kebutuhan kondisi tidak hamil.

Anemia pada Ibu Hamil dihubungkan dengan meningkatnya kelahiran prematur, kematian Ibu dan anak dan penyakit infeksi. Anemia defisiensi besi pada ibu dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin/bayi saat kehamilan maupun setelahnya. Diperkirakan 41,8% Ibu Hamil di seluruh dunia mengalami anemia. Paling tidak setengahnya kekurangan zat besi. Ibu hamil dinyatakan anemia jika hemoglobin kurang 11 mg/L (Kementrian Kesehatan RI. 2016)

Anemia terjadi karena kadar hemoglobin dalam sel darah merah kurang. Normalnya, kadar hemoglobin dalam darah sekitar 12 g/100 ml. Kadar Hemoglobin antara 9-11 g/100 ml ialah anemia sedang, sedangkan kadar kurang dari 6 g/100 ml ialah anemia berat. Jumlah kadar hemoglobin dalam setiap sel darah merah akan menentukan kemampuan darah mengangkut oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh termasuk ke pembuluh darah yang memberi asupan makanan dan oksigen pada janin. Oksigen diperlukan demi kelancaran seluruh fungsi tubuh ibu dan proses tumbuh kembang janin (Prita Muliarini. 2010)

Banyak penelitian yang menemukan hubungan yang bermkna anemia dengan tingkat produktivitas kerja, orang yang menderita anemia mempunyai produktivitas yang rendah.

Demikian juga penelitian hubungan antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian berat badan lahir rendah, ibu hamil yang menderita anemia berisiko mempunyai bayi dengan berat badan lahir rendah (kurang dari 2500 gram) (PSG, 2017)

Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa angka pendertia anemia masih tinggi. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, menunjukkan bahwa anemia gizi masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan prevalensi pada anak balita sebesar 28,1%, ibu hamil 37,1%, remaja putri (13-18 tahun) sebesar 22,7% dan wanita usia subur (15-49 tahun) sebesar 22,7%. Angka prevalensi anemia gizi besi pada ibu hamil yang lebih tinggi telah mendekati masalah kesehatan masyarakat berat (*serve public health problem*) (PSG, 2017)

Tanda dan Gejala Klinis

Tanda dan gejala anemia pada kehamilan yaitu ibu mengeluh lemah, pucat, mudah pingsan, dengan tekanan darah dalam batas normal, perlu dicurigai anemia defisiensi besi. Dan secara klinis dapat dilihat tubuh yang pucat dan tampak lemah (malnutrisi). Ibu hamil juga mengeluh cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, malaise, lidah luka, nafsu makan turun (anoreksia), konsentrasi hilang, nafas pendek (pada anemia parah), dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda

(Sohimah, 2006)

Diagnosa ibu hamil dapat ditegakkan melalui berbagai pemeriksaan. Namun pemeriksaan yang paling sederhana untuk menegakkan diagnosa anemia pada ibu hamil yaitu melalui pemeriksaan Hb dengan hasil Hb <11 gr%.

Etiologi

Menurut (Mochtar R, 2012) disebutkan bahwa penyebab terjadinya anemia adalah :

a. Kurang Gizi (Malnutrisi)

Disebabkan karena kurang nutrisi kemungkinan menderita anemia kurang

b. Zat besi dalam diet

Diet berpantang telur, daging, hati, atau ikan dapat membuka kemungkinan menderita anemia karena diet

c. Mal Absorpsi

Penderita gangguan penyerapan zat besi dalam usus dapat menderita anemia, bisa terjadi karena gangguan pencernaan atau dikonsumsinya substansi penghambat seperti kopi, teh atau serat makanan tertentu tanpa asupan zat besi yang cukup.

d. Kehilangan banyak darah : Persalinan yang lalu, dll.

Semakin sering seseorang mengalami anemia dalam kehamilan dan melahirkan akan sering semakin banyak kehilangan zat

besi dan akan menjadi anemia. Jika cadangan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan menguras persediaan zat besi tubuh dan akan menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya

Klasifikasi Anemia dalam Kehamilan

Secara umum menurut (Dewi, 2012) anemia dalam kehamilan diklasifikasikan menjadi :

a. Anemia defisiensi besi sebanyak (62,3%)

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Pengobatannya adalah pemberian tablet besi yaitu keperluan zat besi untuk wanita hamil, tidak hamil dan dalam laktasi yang dianjurkan. Untuk menegakkan diagnosis anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Hasil anamnesa didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual dan muntah pada hamil muda. Pada pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan sepli dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan trimester I dan III.

b. Anemia Megaloblastik sebanyak 29%

Anemia ini disebabkan karena defisiensi asal folat (pteryglutamicacid) dan defisiensi vitamin B12 (cyanacobalamin) walaupun jarang. Menurut Hudono (2007) tablet asam folat

diberikan dalam dosis 15-30 mg, apabila disebabkan oleh defisiensi vitamin B12 dengan dosis 100-1000 mikrogram sehari, baik per os dan parenteral.

c. Anemia Hipoplastik dan Aplastik sebanyak 1,7%

Anemia disebabkan karena sumsum tulang belakang kurang mampu membuat sel-sel darah baru.

d. Anemia Hemolitik sebanyak 0,7%

Anemia disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pada pembuatannya. Menurut penelitian, ibu hamil dengan anemia paling banyak disebabkan oleh kekurangan zat besi (Fe) serta asam folat dan vitamin B12. Pemberian makanan atau diet pada ibu hamil dengan anemia pada dasarnya ialah memberikan makanan yang banyak mengandung protein, zat besi (Fe), asam folat, dan vitamin B12.

Diagnosa

Untuk menegakkan diagnosa anemia pada ibu hamil dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual-mual lebih hebat pada hamil muda.

Pemeriksaan dan pengawasan HB dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Penggunaan Hb sahli atau

Haeromometer adalah untuk menentukan kadar hemoglobin dalam darah berdasarkan satuan warna (colorimetric). Hemoglobin berperan penting dalam mempertahankan bentuk sel darah merah dan memberi warna merah pada darah. Struktur hemoglobin yang abnormal bisa mengganggu bentuk sel darah merah dan menghambat fungsi aliran darah melewati pembuluh darah.

Cara pengukuran yang baik dan benar menggunakan metode sahli dilakukan dengan pengambilan kadar hemoglobin darah individu yang diperoleh dengan mengambil sedikit darah arteri (1-2 ml) pada jari tangan. Kadar Hb dapat dilakukan oleh petugas laboratorium, bisa petugas Puskesmas terlatih.

Hasil pemeriksaan HB dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

Hb 11 gr% : Tidak Anemia

9-10 gr% : Anemia Ringan

7-8 gr% : Anemia Sedang

< 7 gr% : Anemia Berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu trimester I dan trimester III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat FE sebanyak 90 tablet pada Ibu-ibu hamil dipuskesmas (Manuaba IBG, Manuaba IAC, 2012)

2) KEK (Kekurangan Energi Kronis)

Kekurangan Energi Kronis (KEK) merupakan suatu keadaan dimana status gizi seseorang buruk disebabkan karena kurangnya konsumsi pangan sumber energi yang mengandung zat gizi makronutrien yakni yang diperlukan banyak oleh tubuh dan mikronutrien yang diperlukan sedikit oleh tubuh. Kebutuhan wanita hamil meningkat dari biasanya dan meningkat jumlah konsumsi makan perlu ditambah terutama konsumsi pangan sumber energi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin (Rahmaniar, 2013)

Kebutuhan wanita hamil akan meningkat dari biasanya dimana pertukaran dari semua hampir bahan itu terjadi sangat aktif terutama pada trimester III. Karena peningkatan jumlah konsumsi, makan perlu ditambah terutama konsumsi pangan sumber energi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Maka

kurang mengkonsumsi kalori akan menyebabkan malnutrisi atau biasa disebut Kurang Energi Kronis (KEK).

Kurang Energi Kronis (KEK) dapat mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan seperti badan lemah dan muka pucat. Banyak remaja putri yang mengalami KEK dan berlanjut saat hamil dan menyusui, karena hanya memiliki cadangan energi dan zat gizi yang rendah. Prevalensi risiko KEK wanita hamil umur 15-49 tahun, secara nasional adalah 24,2% (Kemenkes RI, 2013)

Salah satu cara mengetahui ibu hamil KEK atau tidak dengan melakukan pengukuran LILA (Lingkar Lengan Atas). Lingkar Lengan Atas mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh banyak oleh keadaan cairan tubuh dibandingkan dengan berat badan. Lingkar Lengan Atas diperiksa bagian pada bagian pertengahan jarak antara olekranon dan tonjolan akromion menggunakan pita LILA dengan ketelitian 0,1 cm dan ditandai dengan centimeter (cm), dengan batas ambang 23,5 cm (batas antara merah dan putih). Apabila tidak tersedia pita LILA dapat digunakan pita sentimeter yang biasa dipakai penjahit pakaian. Apabila ukuran LILA ibu hamil kurang dari 23,5 cm atau bagian merah pita LILA maka ibu hamil tersebut dikatakan KEK atau gizi

kurang sehingga berisiko melahirkan bayi BBLR.

Kontribusi dan terjaidnya KEK pada ibu hamil akan memengaruhi tumbuh kembang janin atara lain dapat meningkatkan risiko terjadinya Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Ibu hamil dengan KEK memiliki risiko kesakitan yang lebih besar terutama pada trimester III kehamilan sehingga dapat mengakibatkan kelahiran BBLR

2. Faktor Anak

a. Masalah Kekurangan Energi Protein (KEP)

Kekurangan Energi Protein (KEP) akan berkibat pada mutu kualitas sumber daya manusia terutama apabila KEP terjadi pada masa pertumbuhan bayi, balita dan remaja. Oleh karena itu harus ditangani dengan benar dan tepat. Masalah KEP dapat diketahui dari rendahnya cadangan lemak dan otot yang ditandai dengan balita kurus. Anak yang kurus menunjukkan bahwa asupan gizi anak rendah, sehingga persediaan lemak dan otot tubuhnya sedikit. Karena asupan gizi rendah, maka anak tidak mempunyai daya tahan tubuh (antibodi) yang cukup, akibatnya anak mudah sakit. Hal ini dapat mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kematian (PSG, 2017)

Menurut data Riskesdas pada tahun 2010, menunjukkan bahwa sebanyak 17,9% balita di Indonesia menderita gizi kurang dan gizi buruk. Telah terjadi penurunan jika dibandingkan dengan data pada tahun 1990 yaitu sebesar 31,0%. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2016 menunjukkan bahwa jumlah balita yang tergolong sangat kurus sebesar 7,4%. Walaupun persentasi balita kurus ini sudah jauh lebih rendah dibandingkan beberapa periode yang lalu, tetapi upaya untuk mengurangi balita kurus tetap dilanjutkan.

Disamping itu, masalah KEP dapat juga diketahui dari lambatnya pertumbuhan tinggi badan anak yang tercermin dari panjang atau tinggi badan. Panjang atau Tinggi badan anak yang tidak mencapai nilai optimal disebut pendek atau sangat pendek. Anak yang pendek atau sangat pendek disebabkan oleh asupan gizi yang tidak mencukupi kebutuhan tubuh dalam waktu yang relatif lama.

Lambatnya pertumbuhan panjang badan atau tinggi badan pada waktu balita dan anak akan berakibat pada kecerdasan otak setelah dewasa., orang yang pendek cenderung kurang cerdas. Orang pendek juga sulit untuk mempunyai prestasi yang baik pada bidang olah raga. Orang-orang yang

mempunyai prestasi yang baik dibidang olah raga umumnya mempunyai tinggi badan yang cukup. Agar seseorang mempunyai tinggi badan yang baik maka asupan gizi harus diperhatikan sejak dalam kandungan (semasa usia kehamilan). Pertumbuhan tinggi badan ini terjadi dari usia lahir sampai sekitar 17 tahun untuk perempuan dan sekitar usia 20 tahun untuk laki-laki. Dengan demikian pertumbuhan panjang atau tinggi badan akan berdampak mutu Sumber Daya Manusia (SDM) Indonesia (PSG, 2017)

b. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi Berat Lahir Rendah adalah bayi yang dilahirkan dengan berat badan < 2500 gram tanpa memandang usia gestasi (Kosim MS, Yunanto A, Dewi R, Sarosa GI, 2008)

Bayi berat lahir rendah, yaitu berat lahir kurang dari 2.500 gram lebih berisiko mengalami masalah kesehatan dan keterlambatan pertumbuhan. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) memengaruhi tumbuh kembang anak di masa berikutnya dan masalah kesehatan yang dialami dapat mengakibatkan komplikasi yang berakhir dengan kematian (Kementrian Kesehatan RI. 2016)

Anak yang lahir BBLR disebabkan karena asupan ibu yang kurang pada saat kehamilan sehingga terjadi penghambatan

pertumbuhan pada anak dan sering terkena penyakit infeksi. Apabila pola asuh ibu yang tidak baik seperti tidak memberikan ASI Eksklusif pada usia 0-6 bulan dan pemberian MP-ASI tidak tepat waktu, anak akan berisiko mengalami stunting dimasa yang akan datang. Pada masa ini merupakan proses terjadinya stunting pada anak dan peluang peningkatan stunting terjadi dalam 2 tahun pertama kehidupan. Keadaan ini semakin mempersulit untuk mengatasi gangguan pertumbuhan yang akhirnya berpeluang terjadinya stunting. Kejadian stunting yang berlangsung sejak masa kanak-kanak akan berdampak di masa yang akan datang yaitu dapat menyebabkan gangguan Intelligence Quotient (IQ), perkembangan psikomotor, kemampuan motorik, dan integrasi neurosensori, mempunyai rata-rata IQ 11 point lebih rendah dibandingkan dengan anak yang tidak stunting (Kementrian Kesehatan RI. 2016)

Ada beberapa cara dalam mengelompokkan BBLR (Proverawati Atikah, & Ismawati Cahyo, 2010)

Menurut harapan hidupnya :

- 1) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan berat lahir 1500 - < 2.500 gram
- 2) Bayi Berat Lahir Sangat rendah (BBLSR) dengan berat lahir

1000 - < 1.500 gram

- 3) Bayi Berat Lahir Ekstrim Rendah (BBLER) dengan berat lahir kurang dari 1000 gram

Menurut gestasinya :

- 1) Prematuritas murni yaitu masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan (NKB-SMK)
- 2) Dismaturitas yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu. Bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilannya (KMK).

Bayi Berat Lahir rendah merupakan masalah penting dalam pengelolannya karena mempunyai kecenderungan ke arah peningkatan terjadinya infeksi, kesukaran mengatur nafas tubuh sehingga mudah untuk menderita hipotermia. Selain itu bayi dengan BBLR mudah terserang komplikasi tertentu seperti ikterus, hipoglikemia yang dapat menyebabkan kematian. Kelompok risiko tinggi karena pada bayi lebih tinggi dengan berat bayi lahir cukup bulan.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi berat lahir bayi menurut Supriyanto (2012) meliputi :

- 1) Faktor lingkungan internal yaitu umur ibu, jarak kelahiran, paritas, kadar Hemoglobin (anemia), status gizi ibu hamil, pemeriksaan kehamilan, dan penyakit pada saat kehamilan
- 2) Faktor lingkungan eksternal meliputi lingkungan, asupan zat gizi dan tingkat sosial ekonomi ibu hamil dan faktor penggunaan sarana kesehatan yang berhubungan frekuensi pemeriksaan kehamilan atau antenatal care.

c. Riwayat Infeksi

Penyebab langsung malnutrisi adalah diet yang tidak adekuat dan penyakit. Manifestasi malnutrisi ini disebabkan oleh perbedaan antara jumlah zat gizi yang diserap dari makanan dan jumlah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh. Hal ini sebagai konsekuensi dari terlalu sedikit mengonsumsi makanan atau mengalami infeksi, yang meningkatkan kebutuhan tubuh akan zat gizi, mengurangi nafsu makan, atau mempengaruhi penyerapan zat gizi di usus. Kenyataannya, malnutrisi dan infeksi sering terjadi pada saat bersamaan. Malnutrisi dapat meningkatkan risiko infeksi, sedangkan infeksi dapat menyebabkan malnutrisi. Anak kurang gizi yang daya

tahan terhadap penyakitnya rendah, jatuh sakit dan akan menjadi semakin kurang gizi, sehingga mengurangi kapasitasnya untuk melawan penyakit dan sebagainya (Maxwell, 2011)

Status kesehatan balita meliputi kejadian diare dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) pada balita. Diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat 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). 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, di karenakan saat anak tersebut terkena diare anak tersebut berkurang nafsu makan, kurang banyak makanan dan cairan yang berikan selama diare dan penyakit infeksi lainnya (Vonaescch et al, 2017)

d. Riwayat Menyusui

ASI Eksklusif

Asi adalah makanan terbaik bagi bayi ppada 6 bulan pertama kehidupannya. Semua kebutuhn nutrisi yaitu protein, karbohidrat, lemak, vitamin, dan mineral sudah tercukupi dari ASI (Fikawati, 2015). Menurut Wordl Health Organization (WHO) Asi Eksklusif adalah pemberian ASI tanpa ada cairan lain atau makanan padat yang diberikan termasuk air putih kecuali larutan oral/vitamin/mineral/obat-obatan tetes sirup (WHO,2014). Air Susu Ibu Eksklusif yang selanjutnya disebut ASI Eksklusif adalah ASI yang diberikan pada bayi sejak dilahirkan selam 6 bulan, tanpa menambah dan mengganti dengan makanan atau minuman lain (Kemenkes RI, 2012). Manfaat ASI menurut Fikawati (2015) yaitu: ASI merupakan zat gizi yang sangat ideal. ASI menurunkan risiko kematian neonatal, ASI meningkatkan daya tahan tubuh bayi, komposisi ASI sesuai kebutuhan, Mudah dicerna,diserap dan mendandung enzim pencernaan, Mengandung zat penangkal penyakit, Selalu berada dalam suhu yang tepat, Tidak menyebabkan alergi, Mencegah kerusakan gigi, Mengoptimalkan perkembangan, Menjadi orang percaya diri, Mengurangi kemungkinan berbagai penyakit kronik dikemudian hari.

Kolostrum

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai hari ketiga setelah persalinan komposisi ASI mengalami perubahan. Kolostrum berwarna kuning keemasan disebabkan oleh tingginya komposisi lemak dalam sel-sel hidup. Volume kolostrum bervariasi antara 2 dan 10 ml per feeding per hari selama 3 hari pertama, tergantung dari paritas ibu (Fikawati, 2015). Mafaat kolostrum yaitu: Mengandung zat kekebalan terutama IgA untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi terutama diare, Mengandung protein, vitamin A yang tinggi dan mengandung karbohidrat dan lemak rendah, sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran, Membantu mengeluarkan mekonium yaitu kotoran bayi yang pertama hitam kehijauan (Fikawati, 2015)

e. Status Imunisasi

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal untuk mencapai kadar kekebalan di atas ambang perlindungan. Imunisasi lanjutan adalah imunisasi ulang untuk mempertahankan tingkat kekebalan di atas ambang perlindungan (Menteri Kesehatan RI, 2013).

Imunisasi adalah investasi masa depan anak karena mampu melindungi si kecil dari infeksi dengan cara yang paling efektif dan murah. Imunisasi akan merangsang kekebalan tubuh bayi, anak, dan remaja, sehingga mampu melawan penyakit-penyakit yang berbahaya, mencegah sakit berat, cacat, dan kematian (Nutriclub, 2017)

3. Faktor Keluarga

a. Pendidikan Orang Tua

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 spritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, ahklak mulia, serta ketempalian dasar yang diperlukan dirinya, masyarakat bangsa dan negara (Undang-Undang, 2003). Berbeda dengan Edgar Dalle yang mengatakan bahwa pendidikan adalah usaha sadar yang dlakukan oleh keluarga, masyarakat, dan pemerintah melalui kegiatan bimbingan, pengajaran, dan latihan yang berlangsung disekolah dan diluar sekolah sepnjang hayat untuk mempersiapkan peserta didik agar dapat memainkan peranan dalam berbagai lingkungan hidup secara tetap untuk masa yang akan datang. Jenjang pendidikan formal menurut UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional menyebutkan bahwa pendidikan formal adalah jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang yang terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. UU RI No. 20 Tahun 2003 pasal 14 menyebutkan bahwa jenjang pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi.

Pendidikan Orang Tua akan berpengaruh terhadap pengasuhan anak, karena dengan pendidikanyang tinggi pada orang tua akan memahami pentingnya peranan orang tua 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)

b. Jumlah Penghasilan Keluarga

Faktor sosial ekonomi yang merupakan faktor penentu mortalitas bayi dan anak. Namun, faktor sosial ekonomi bersifat tidak langsung harus melalui mekanisme biologi tertentu (variabel antara) yang kemudian baru menimbulkan risiko morbiditas kemudian bayi akan sakit yang jika tidak dapat disembuhkan maka akan berujung pada kematian (Aminuddin dan Hasmi, 2014). Status Sosial Ekonomi merupakan faktor penentu penting dari standar hidup dan status kesehatan karena mempengaruhi kejadian dan prevalensi berbagai kondisi kesehatan. Status sosial ekonomi juga mempengaruhi jaminan sosial dalam hal aksesibilitas, keterjangkauan, penerimaan dan pemantauan aktual dari berbagai fasilitas kesehatan (Agrawal, 2008)

Penelitian di Ethiopia oleh Fikadu (2014) prevalensi stunting lebih tinggi pada status ekonomi rumah tangga yang dibawah rata-rata. Hal serupa juga dikemukakan oleh (Senbanjo et al., 2011) bahwa kelompok ekonomi rendah memiliki risiko

1,89 kali menderita stunting. Selain itu, status ekonomi rumah tangga dipandang memiliki dampak yang signifikan terhadap probabilitas seorang anak menjadi pendek dan kurus. Dalam hal ini, WHO merekomendasikan status gizi pendek dan stunting sebagai alat ukur atas tingkat sosial-ekonomi yang rendah dan sebagai salah satu indikator untuk memantau ekuitas dalam kesehatan.

Kondisi sosial ekonomi dan sanitasi tempat tinggal juga berkaitan dengan terjadinya stunting. Kondisi ekonomi erat kaitannya dengan kemampuan dalam memenuhi asupan yang bergizi dan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan balita. Sedangkan sanitasi dan keamanan pangan dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit infeksi (Kemenkes 2018)

Berdasarkan data Joint Child Malnutrition Estimates tahun 2018, negara dengan pendapatan menengah ke atas mampu menurunkan angka stunting hingga 64%, sedangkan pada negara menengah ke bawah hanya menurunkan sekitar 24% dari tahun 2000 hingga 2017. Pada negara dengan pendapatan rendah justru mengalami peningkatan pada tahun 2017 (Kemenkes 2018)

c. Jumlah Anggota Keluarga

Semua anggota keluarga yang terdiri dari Kepala Keluarga isteri/suami dan anak (anak-anaka)nya serta orang lain atau anak angkat yang ikut dalam keluarga tersebut yang belum berkeluarga, baik yang tinggal serumah maupun yang tidak tinggal serumah (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2011). 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 (2017) mengatakan bahwa rumah tangga yang memiliki jumlah anggota keluarga yang banyak yaitu lebih dari 5 orang berisiko menderita stunting. Hal ini sejalan dengan sejumlah penelitian yang dilakukan Reyes (2004) ukuran rumah tangga yang besar menunjukkan peningkatan persaingan untuk sumber daya.

4. Lingkungan

a. Ketersediaan Air Bersih

Pada tahun 2017, 72,04% rumah tangga di Indonesia memiliki akses terhadap sumber air minum layak. Provinsi dengan persentase tertinggi adalah Bali (90,85%), sedangkan persentase terendah adalah Bengkulu (43,83%). Masih terdapat

20 provinsi yang di bawah persentase nasional. Sumber air minum layak yang dimaksud adalah air minum yang terlindung meliputi air ledeng (keran), keran umum, hydrant umum, terminal air, penampungan air hujan (PAH) atau mata air dan sumur terlindung, sumur bor atau pompa, yang jaraknya minimal 10 meter dari pembuangan kotoran, penampungan limbah, dan pembuangan sampah. Tidak termasuk air kemasan, air dari penjual keliling, air yang dijual melalui tangki, air sumur dan mata air tidak terlindung (Kemenkes 2018)

Air merupakan komponen lingkungan yang penting bagi kehidupan manusia. Di dalam Undang-undang Kesehatan No. 23 tahun 1992 ayat 3 terkandung makna bahwa air minum yang dikonsumsi oleh masyarakat harus memenuhi persyaratan, baik kualitas maupun kuantitas. Persyaratan kualitas ini tertuang di dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 416/1990 tentang syarat-syarat dan pengawasan kualitas air (Hidayat, Hidayat, and Fuada 2013)

b. Sanitasi

Penyakit infeksi yang disebabkan oleh higiene dan sanitasi yang buruk (misalnya diare dan kecacingan) dapat mengganggu penyerapan nutrisi pada proses pencernaan. Beberapa penyakit infeksi yang diderita bayi dapat menyebabkan berat badan bayi

turun. Jika kondisi ini terjadi dalam waktu yang cukup lama dan tidak disertai dengan pemberian asupan yang cukup untuk proses penyembuhan maka dapat mengakibatkan stunting.

Rumah tangga yang memiliki sanitasi layak menurut Susenas adalah apabila fasilitas sanitasi yang digunakan memenuhi syarat kesehatan, antara lain dilengkapi dengan jenis kloset leher angsa atau plengsengan dengan tutup dan memiliki tempat pembuangan akhir tinja tangki (septic tank) atau Sistem Pembuangan Air Limbah (SPAL), dan merupakan fasilitas buang air besar yang digunakan sendiri atau bersama. Persentase rumah tangga yang memiliki akses sanitasi layak di Indonesia tahun 2017 adalah 67,89%. Provinsi dengan persentase tertinggi adalah DKI Jakarta (91,13%), sedangkan persentase terendah adalah Papua (33,06%) (Kemenkes 2018)

Status gizi balita merupakan salah satu cerminan keadaan gizi masyarakat luas. Menurut Soekirman, penyebab kurang gizi secara langsung adalah konsumsi makanan tidak seimbang dan penyakit infeksi. Di samping konsumsi makanan dan penyakit infeksi, status gizi juga dipengaruhi oleh sosiodemografi, sanitasi lingkungan, dan pelayanan kesehatan (Hidayat et al. 2013)

C. Gizi untuk Tumbuh Kembang BADUTA (Bawah Dua Tahun)

Proses metabolik anak pada dasarnya sama dengan orang dewasa, akan tetapi relatif lebih aktif dibandingkan dengan orang dewasa. Anak membutuhkan lebih banyak makanan untuk tiap kilogram berat badannya, karena sebagian dari makanan tersebut harus disediakan untuk pertumbuhan dan pertukaran energi yang lebih aktif.

Kekurangan gizi merupakan masalah utama di negara berkembang yang juga merupakan salah satu faktor penyebab kematian anak . sekitar 99,99% dari 10,9 juta anak balita yang meninggal selama tahun 2000 berasal dari negara berkembang seperti Asia (36%) dan Afrika (33%). Gangguan gizi pada masa anak-anak tidak hanya berdampak negatif pada pertumbuhan fisik tetapi juga perkembangan mental dan intelektual masa remaja dan dewasa (Andi Nurlinda. 2013)

D. Kerangka Teori

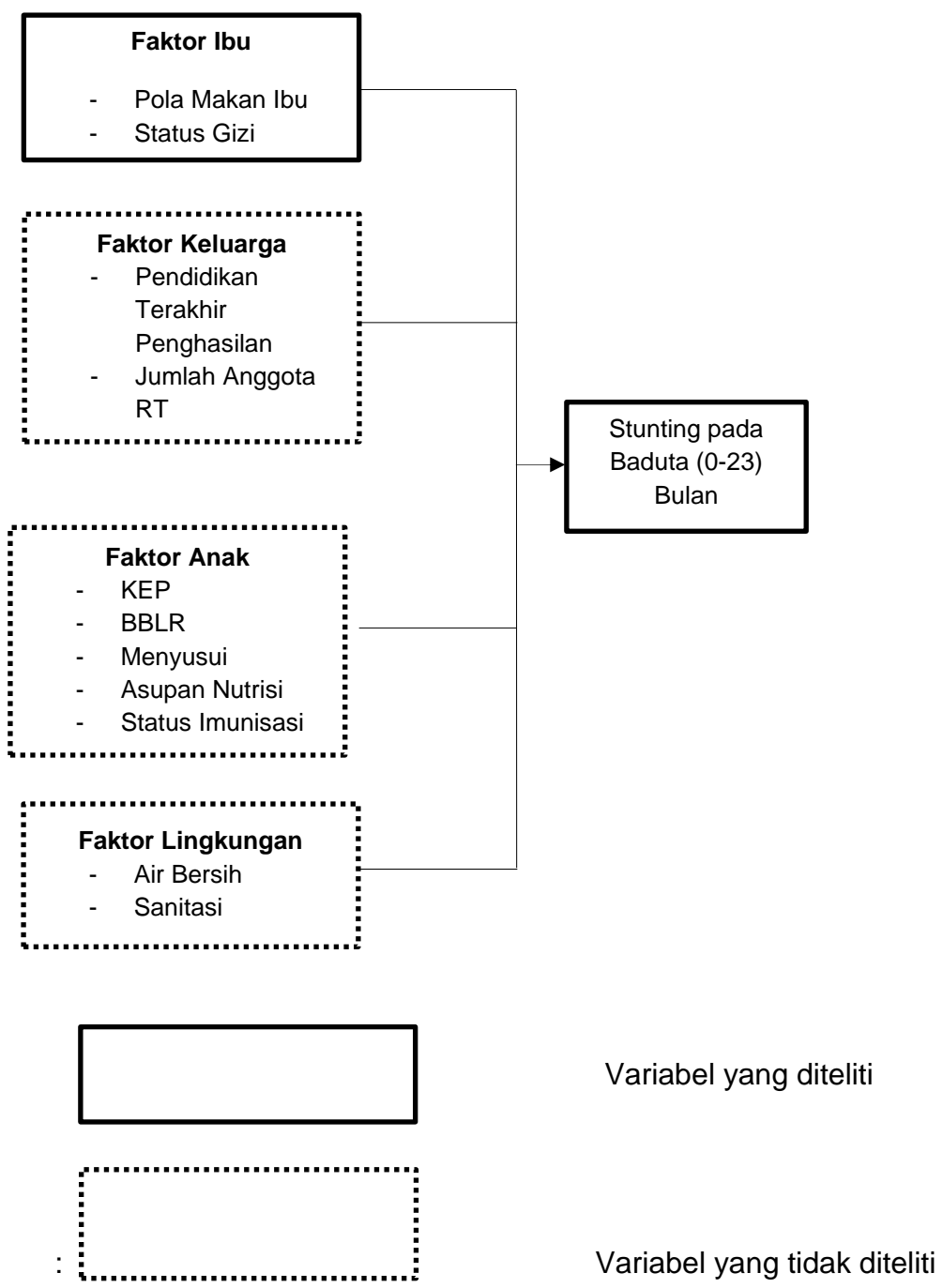
Secara garis besar penyebab stunting dapat dikelompokkan kedalam 3 tingkatan yaitu tingkat masyarakat, rumah tangga (keluarga) dan individu. Pada tingkat masyarakat, sistem ekonomi, dan sistem pendidikan, sistem kesehatan dan sistem sanitasi dan air bersih menjadi faktor penyebab kejadian stunting, pada 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, dan sanitasi dan air bersih yang tidak memadai menjadi faktor penyebab stunting dimana faktor-faktor ini menjadi akibat faktor pada tingkat masyarakat. Faktor penyebab dalam tingkat rumah tangga akan mempengaruhi kejadian individu yaitu anak yang berumur dibawah 5 tahun dalam hal asupan makanan menjadi tidak seimbang, berat badan lahir rendah dan status kesehatan yang buruk (UNICEF, 2007)

E. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep merupakan model konseptual untuk menyusun atau menghubungkan beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah yang disajikan dalam bentuk bagan (Lusiana,N., Andriyani, R., & Megasari, 2015)

Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan diatas serta masalah penelitian maka dapat disusun kerangka konseptual penelitian dalam skema sebagai berikut:



F. Hipotesis Penelitian

Hipotesis pada penelitian ini adalah:

1. Adanya hubungan antara Pola Makan dengan kejadian Stunting pada baduta usia 6-23 bulan
2. Adanya hubungan antara Anemia ibu terhadap kejadian Stunting pada baduta usia 6-23 bulan
3. Adanya hubungan antara Kekurangan Energi Kronis (KEK) ibu terhadap kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan

G. Defenisi Operasional

Pada penelitian ini alat ukur yang digunakan adalah dengan koesioner, dimana cara pengukuran dengan wawancara langsung kepada responden dan skala ukur yang digunakan adalah nominal dan ordinal.

a. Variabel Dependen

Stunting pada Baduta

Stunting adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/B) dengan ambang batas (z-score) < -2 Standar Deviasi (SD)(Kemenkes, 2011)

Stunting (Case/Kasus) : Baduta usia 6-23 Bulan yang memiliki panjang badan menurut umur dengan nilai z-score < -2

Standar Deviasi (stunting) di Kecamatan Polongbangkeng Utara, Kab. Takalar dan tercatat dibuku register Pemantauan Status Gizi di Puskesmas setempat pada bulan September-Oktober 2019. Stunting diperoleh melalui pengukuran panjang badan menggunakan *infantometer*, selanjutnya dilakukan perhitungan z-score Panjang badan menurut Umur (PB/U) menggunakan tabel pada standar antropometri penilaian status gizi anak dari Menteri Kesehatan RI oleh petugas gizi dari Puskesmas Polongbangkeng Utara Kabupaten Takalar.

Tidak Stunting (Kontrol) : Baduta usia 6-23 bulan yang tidak stunting yang memiliki panjang badan menurut umur dengan nilai z score ≥ -2 standar deviasi (tidak stunting) di sekitar wilayah kerja

puskesmas yang ada dikecamatan
 polongbangkeng utara kabupaten
 Takalar bulan September-Oktober
 2019

b. Variabel Independen

1) Faktor Ibu

a. Pola Makan ibu

Praktek konsumsi pola makan

Paramater : Praktek dalam memilih bahan
 makan yang berkualitas

Alat Ukur : Koesioner

b. Status Gizi

Keadaan gizi Ibu saat hamil yang dinilai berdasarkan :

1. Riwayat Kurang Energi Kronik (KEK)

Apabila ukuran LILA ibu hamil kurang dari 23,5 cm
 atau bagian merah pita LILA

Cara Pengukuran : Mengutip dari rekam medik atau
 dari buku KIA Ibu

Alat Ukur : Form Pengumpulan data

Hasil Ukur :

KEK : Jika hasil pengukuran LILA < 23,5
 cm

Tidak KEK : Jika hasil pengukuran > 23,5 cm

2. Riwayat Anemia

Anemia ibu hamil adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr%

Cara Pengukuran : Mengutip dari Rekam Medik atau buku KIA ibu pada Trimester I, II atau III

Alat ukur : Form Pengumpulan Data

Hasil Ukur :

Anemia : Jika kadar hemoglobin ibu < 11 gr%

Tidak Anemia : Jika kada hemoglobin \geq 11 gr%

BAB III

METODE PENELITIAN

1. Jenis dan rancangan penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian berupa *case control* dengan pendekatan *retrospektif*. Penelitian *case control* atau kasus kontrol merupakan suatu penelitian (survei) analitik yang menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan *retrospektif*. Pada studi kasus-kontrol, observasi atau pengukuran terhadap variabel bebas dan tergantung tidak dilakukan dalam satu waktu, melainkan variabel tergantung (efek) dilakukan pengukuran terlebih dahulu, baru meruntut kebelakang untuk mengukur variabel bebas (faktor risiko). Studi kasus-kontrol sering disebut studi *retrospektif* karena risiko diukur dengan melihat kejadian masa lampau untuk mengetahui ada tidaknya faktor risiko yang dialami

2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di seluruh wilayah kerja Kecamatan Polongbangkeng Utara Kab. Takalar. Untuk wilayah kerja UPT Puskesmas Polongbangkeng Utara berbatasan dengan sebelah Utara dengan desa Lassang Kecamatan Polongbangkeng Utara. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kelurahan Sabintang Kec. Pattallassang

Takalar. Sebelah Timur berbatasan dengan Desa Massamaturu. Sebelah Barat berbatasan dengan Kab. Gowa.

Luas wilayah kerja Puskesmas Polongbangkeng Utara kurang lebih 30,03 km² yang terdiri atas lima Kelurahan dan 2 desa. Jumlah Penduduk di wilayah kerja Puskesmas Polongbangkeng Utara sebanyak 22.730 Jiwa pada tahun 2018.

Penelitian ini dimulai bulan September-Oktober 2019 di Wilayah Kerja Kecamatan Polongbangkeng Utara.

3. Populasi dan Sampel

- a. Populasi pada penelitian ini adalah Seluruh ibu yang memiliki bayi di usia 6-23 bulan.
- b. Sampel pada penelitian ini adalah ibu-ibu yang memiliki anak stunting usia 6-23 bulan. Responden penelitian sebagai obyek wawancara adalah ibu dari baduta yang terpilih menjadi kasus atau kontrol dalam penelitian ini.

Kasus : Baduta usia 6-23 bulan yang memiliki Panjang Badan menurut umur dengan nilai z-score <-2 Standar deviasi (Stunting) di sekitar wilayah kerja Kecamatan Polongbangkeng Utara dan tercatat dibuku register pemantauan status gizi di masing-masing Puskesmas setempat pada bulan September-Oktober 2019. Status gizi stunting diperoleh melalui pengukuran panjang

badan menurut umur menggunakan infantometer, selanjutnya dilakukan perhitungan z-score panjang badan menurut umur menggunakan tabel pada Standar Antropometri penilaian status gizi dari kementerian kesehatan RI.

Kontrol : Baduta usia 6-23 bulan yang tidak stunting yang memiliki panjang badan menurut umur dengan nilai z-score ≥ -2 Standar deviasi (tidak stunting) di Wilayah Kerja Kecamatan Polongbangkeng Utara dan tercatat di buku register pemantauan status gizi pada bulan September-Oktober 2019

Besar sampel minimal diperoleh dengan menggunakan rumus studi kasus kontrol untuk pengujian hipotesis terhadap odds ratio (Lemeshow, *et. al*, 1997)

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P_2(1-P_2)} + Z_{1-\beta}P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)\}}{(P_1-P_2)^2}$$

$$P_1 = \frac{(OR)P_2}{(OR)P_2 + (1-P_2)}$$

Keterangan

n = Besar Sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai distribusi normal baku (tabel Z), untuk $\alpha = 0,05 = 1,96$

$Z_{1-\beta}$ = Nilai distribusi normal baku (tabel Z), untuk $\beta (80\%) = 0,84$

P_1 = Proporsi paparan pada kelompok kasus

P_2 = Perkiraan Proporsi paparan pada kelompok kontrol
50%=0,5

OR = Perkiraan besar Odds ratio = 2

Berdasarkan rumus di atas maka besar sampel minimal dapat
dihitung sebagai berikut :

$$P_1 = \frac{2 \times 0,5}{(2 \times 0,5) + (1-0,5)}$$

$$P_1 = 0,6666$$

Maka,

$$n = \frac{(1,96 \sqrt{2 \times 0,5(1-0,5)} + 0,84 \sqrt{0,6666(1-0,6666)} + 0,5(1-0,5))^2}{(0,6666 - 0,5)^2}$$

$$n = \frac{1,31481 + 0,57861}{0,0278}$$

$$n = 68$$

Dari hasil perhitungan rumus di atas, maka diperoleh besar sampel minimal dalam penelitian ini adalah sebesar 68 kasus dan 68 kontrol (Perbandingan kasus dan kontrol, 1 : 1), sehingga total

sampel sebanyak 136 responden. Dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

a. Kelompok Kasus

Kriteria Inklusi :

- 1) Baduta 6-23 bulan yang memiliki panjang badan kurang dari -2 SD
- 2) Memiliki KMS
- 3) Memiliki Buku KIA
- 4) Ibu dari bayi bersedia menjadi responden

Kriteria Eksklusi :

- 1) Ibu dari bayi yang tidak memiliki waktu untuk di observasi
- 2) Bayi stunting yang sedang tidak bersama ibunya saat penelitian

b. Kelompok Kontrol

Kriteria Inklusi

- 1) Baduta usia 6-23 bulan yang tidak menderita stunting
- 2) Sedang tidak menderita wasting dan obesitas serta penyakit infeksi lainnya
- 3) Ibu yang memiliki KMS
- 4) Ibu memiliki buku KIA
- 5) Bersedia menjadi responden

Kriteria Eksklusi

- 1) Ibu yang tidak memiliki waktu untuk di observasi

2) Bayi yang sedang tidak bersama ibunya saat penelitian berlangsung

4. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

a. Wawancara

Wawancara dilakukan langsung oleh peneliti dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam.

b. Observasi

Observasi dilakukan dengan mengamati langsung dan mencatat keadaan yang berkaitan dengan masalah penelitian.

c. Telaah Dokumen

Telaah dokumen dilakukan dengan melihat dokumen berupa buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak/ atau KMS (Kartu Menuju Sehat) ibu dan buku catatan Pemantauan Status Gizi di Puskesmas setempat

5. Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini adalah;

1. Data Primer, yaitu data yang diperoleh langsung oleh ibu yang memiliki anak dengan stunting usia 6-23 bulan
2. Data Sekunder, yaitu data yang diperoleh secara tidak langsung, tetapi didapatkan dari telaah dokumen seperti buku

KIA, KMS atau laporan pemantauan status gizi dari puskesmas setempat.

6. Pengolahan Data

1. *Screening*

Data yang dikumpulkan akan diperiksa kelengkapan jawaban, tulisan, kesesuaian jawaban dan keseragaman

2. *Editing*

Memeriksa data yang telah terkumpul, melakukan koreksi dan melengkapi data yang belum terisi. Pada tahap ini juga dilakukan penentuan skor secara manual untuk setiap variabel.

3. *Coding*

Data yang telah diperoleh dilapangan setelah diperiksa, terlebih dahulu akan diperiksa kembali (*coding*) dengan tujuan untuk menentukan data dalam setiap kategori sesuai dengan defenisi operasional dan hasil pengukuran yang telah ditentukan sebelumnya serta menyiapkan master tabel yang berisikan katerangan variabel yang digunakan.

4. *Entri Data*

Setelah tahapan diatas dilakukan *entry data* ke komputer sesuai nomor subjek pada instrumen penelitian

5. *Cleaning data*

Cleaning data dilakukan pada semua lembaran kerja dengan tujuan untuk melihat dan mengeluarkan data yang missing dari tiap-tiap variabel penelitian

7. Analisa data

Data yang telah dikumpulkan dan diinput akan diolah, dianalisis dan diinterpretasi lebih lanjut dengan menggunakan program SPSS.

Berikut tahapan analisis data yang dilakukan :

1) Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan untuk melihat secara deskriptif dan tiap-tiap variabel yang diteliti terkait kejadian stunting. Analisis univariat bertujuan untuk memperoleh gambaran umum penelitian dengan cara mendeskripsikan variabel karakteristik baduta yang telah menjadi subjek penelitian.

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menguji hipotesis yang dilakukan dengan menggunakan Uji *Pearson chi-square* untuk melihat hubungan faktor keluarga dengan kejadian stunting. Menggunakan uji *Continuity correction* untuk melihat Odds Ratio dengan tujuan untuk mengetahui faktor tiap-tiap variabel yaitu Pola Makan ibu saat hamil dan status gizi ibu saat hamil meliputi Anemia dan KEK (Kekurangan Energi Kronis). Perhitungan OR menggunakan tabel 2 x 2 sebagai berikut.

Tabel 1.2 Kontingensi Analisis Statistik Odds Ratio (OR)

Faktor Risiko	Kelompok Studi		Jumlah
	Kasus	Kontrol	
Ada Risiko (+)	A	B	a + b
Tidak ada risiko (-)	C	D	c + d
Jumlah	a+c	b + d	a + b + c + d

Sumber : (Beaglehole R et al., 1993)

Keterangan :

a : Jumlah kasus dengan ada faktor risiko (+)

b : Jumlah Kontrol dengan ada faktor risiko (+)

c : Jumlah Kasus dengan tidak ada faktor risiko (-)

d : Jumlah kasus dengan tidak ada faktor risiko (-)

Uji Odds Ratio (OR)

Odds kelompok kasus

$$\frac{a}{(a+c)} : \frac{c}{(a+c)} = \frac{a}{c}$$

Odds kelompok Kontrol :

$$\frac{b}{(b+d)} : \frac{d}{(b+d)} = \frac{b}{d}$$

Odds Ratio (OR)

$$\frac{b}{d} : \frac{b}{d} = \frac{ad}{bc}$$

Interpretasi Nilai OR :

- a. Jika $OR > 1$, maka variabel yang diteliti merupakan faktor risiko kejadian stunting
- b. Jika $OR = 1$, maka variabel yang diteliti merupakan faktor protektif kejadian stunting
- c. Jika $OR < 1$, maka variabel yang diteliti merupakan faktor protektif kejadian stunting

Uji Kemaknaan nilai OR, dapat dilakukan dengan langkah sebagai berikut :

- a. Penentu nilai Confidence Interval (CI) : 95%
- b. Penentu Lower Limit (LL) dan Upper Limit (UL)
- c. Interpretasi kebermaknaan

Yaitu :

- a) Jika nilai LL dan UL berada dibawah nilai 1 (satu) atau berada diatas 1 (satu) maka nilai OR yang diperoleh mempunyai pengaruh yang bermakna
- b) Jika nilai LL dan UL mencakup nilai 1 (satu) maka nilai OR yang diperoleh tidak bermakna
- c) Risk difference (attributable risk) adalah selisih antara rata insiden kelompok kasus dengan rate insedensi kelompok

kontrol yang menunjukkan berapa besar pengaruh bila faktor keterpaparan dihilangkan.

d) Atributable Fraction menunjukkan besarnya kejadian pada kelompok terpapar.

3) Analisis Multivariat

Berdasarkan hasil analisa bivariat, selanjutnya akan dilakukan analisis multivariat. Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan dan besarnya hubungan variabel bebas secara bersama-sama dengan variabel terikat, serta menilai besarnya masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat. Analisis yang digunakan adalah regresi logistik berganda.

Regresi Logistik adalah suatu model matematika yang digunakan untuk mempelajari pengaruh satu atau beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen yang bersifat dikotomi atau binary (Stang,2014). Tujuan analisis ini adalah untuk mengetahui variabel independen mana yang lebih besar pengaruhnya terhadap variabel dependen, apakah variabel independen berhubungan dengan variabel dependen dipengaruhi oleh variabel lain atau tidak, bagaimana hubungan beberapa variabel independen dengan variabel dependen, apakah berhubungan langsung atau tidak langsung.

Variabel yang akan dianalisis multivariat adalah variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ dalam analisis bivariat hubungan kejadian stunting atau variabel secara subsatnsi diduga erat hubungannya.

8. Penyajian data

Data yang telah diolah dan dianalisis lebih lanjut akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi untuk analisis univariat dan bivariat yang disertai dengan penjelasan lanjut mengenai risiko antar variabel dependen dan independen. Tabel analisis logistik juga akan disajikan dengan penjelasan dan narasi untuk melihat keterkaitan interaksi antar variabel

9. Instrumen Penelitian

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah pedoman wawancara, dan pedoman observasi, kuesioner, serta instrumen lain yang mendukung seperti, kamera, perekam suara, dan alat tulis

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pada bagian ini disajikan secara deskriptif dalam bentuk tabel distribusi frekuensi untuk analisis univariat, analisis bivariat untuk mengetahui kemaknaan hubungan variabel independen (riwayat pola makan ibu saat hamil, status gizi yang meliputi anemia dan kek) dengan variabel dependen (kejadian stunting) yang menggunakan ukuran asosiasi Odds Ratio (OR), serta analisis multivariat untuk mengetahui faktor yang paling berisiko terhadap kejadian stunting dengan menggunakan analisis regresi logistik.

1. Analisis Univariat

Distribusi hasil analisis univariat akan menyajikan karakteristik faktor keluarga yang meliputi pendidikan, penghasilan, dan jumlah anggota rumah tangga disajikan sebagai berikut :

Tabel 2.1. Distribusi karakteristik faktor keluarga terhadap kejadian stunting

	KONTROL		KASUS		Total	<i>p-value</i>
	N	%	N	%		
PENDIDIKAN						
Tidak sekolah	5	3,7	6	4,4	11 (%)	
SD	19	14,0	23	16,9	42 (30,9%)	
SMP	27	19,9	19	14,0	46 (33,8%)	0.310

SMA	13	9,6	19	14,0	32 (23,5%)	
PT	4	2,9	1	0,7	5 (3,7%)	
PENGHASILAN						
< 1 juta	11	8,1	21	15,4	32 (23,5%)	
1- 2,5 juta	46	33,8	38	27,9	84 (61,8%)	0.130
>2,5 juta	11	8,6	9	6,6	20 (14,7%)	
JUMLAH ANGGOTA RT						
3 orang	30	22,1	11	8,1	41 (30,1%)	
4-6 orang	23	11,0	13	32,4	36 (26,5%)	0.001
> 6 orang	15	11,0	44	32,4	59 (43,4%)	

Pada tabel diatas, menunjukkan bahwa pada faktor keluarga dengan tingkat pendidikan sebagian kontrol yang tidak sekolah sebanyak 3,7% sedangkan pada kasus sebanyak 4,4%. Untuk tingkat pendidikan SD sebanyak 14,0% untuk kontrol sedangkan pada kasus sebanyak 16,9%. Untuk tingkat pendidikan SMP sebanyak 19,9% untuk kelompok kontrol sedangkan kelompok kasus sebanyak 14,0%. Untuk tingkat pendidikan SMA, kelompok kontrol sebanyak 9,6% dan 14,0% untuk kasus. Sedangkan tingkat Perguruan Tinggi, pada kelompok kontrol 2,9% dan untuk kelompok kasus sebanyak 0,7% dengan nilai *p-value* 0,310 yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu terhadap kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan dikecamatan Polongbangkeng Utara.

Pada tingkat penghasilan kurang dari 1 juta untuk kategori kontrol sebanyak 11 dengan nilai persentasi 8,1% dan untuk kasus sebanyak 21 dengan nilai persentase 15,4%. Untuk penghasilan antara 1-2,5 juta untuk kategori kontrol sebanyak 46 dengan nilai persentase sebanyak 33,8% dan kasus sebanyak 38 dengan nilai persentase sebanyak 27,9%. dan penghasilan diatas 2,5 juta untuk kategori kontrol sebanyak 11 dengan nilai persentase 8,6% dan kasus 9 dengan nilai persentase 6,6% dengan nilai *p-value* 0,130 yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan antara penghasilan rumah tangga dengan kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan.

Untuk Jumlah Anggota Rumah Tangga yang berjumlah 3 orang dengan kategori kontrol sebanyak 30 (22,1%) dan kasus 11 (8,1). Jumlah anggota RT sebanyak 4-6 orang untuk kategori kontrol sebanyak 23 (11,0) dan kasus 13 (32,4%) dan untuk jumlah anggota RT lebih dari 6 orang untuk kategori kontrol sebanyak 15 (11,0) dan kasus 44 (32,4%). Dengan nilai *p-value* 0,000 yang berarti bahwa jumlah anggota rumah tangga berpengaruh terhadap kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan di kecamatan Polongbangkeng Utara.

2. Analisis Bivariat

Analisis mengetahui seberapa besar risiko independen (Faktor Ibu meliputi riwayat pola makan, status gizi berdasarkan anemia dan kek). Adapun hasil analisis bivariat yang berupa hasil tabulasi silang antar variabel dapat di uraikan sebagai berikut :

Tabel 2.2 Hubungan Riwayat Pola makan dan status gizi berdasarkan anemia dan kek dengan kejadian stunting

Variabel	Kontrol		Kasus		Total	<i>p-value</i>	OR
	n	%	N	%			
Riwayat Pola Makan							
Baik	59	43.4	31	22.8	90 (66.2)	0.001	7.824
Kurang	9	6.6	37	27.2	46 (33.8)		
Status Gizi Ibu							
Anemia							
Tidak	53	39.0	40	29.4	93 (68.4)	0.026	2.473
Ya	15	11.0	28	20.6	43 (31.6)		
KEK							
Tidak	50	36,8	24	17.6	74 (54.4)	0.001	5.093
Ya	18	13,2	44	32.4	62 (45.6)		

Tabel diatas menunjukkan bahwa terdapat hubungan faktor ibu yang meliputi riwayat pola makan, status gizi berdasarkan anemia dan kek dengan kejadian stunting ($p < 0.05$). Hal ini ditunjang dengan distribusi tabulasi silang antar variabel yang menunjukkan bahwa anak

yang tidak stunting memiliki ibu dengan kecenderungan pola makan baik (43.4%) dan yang mengalami anemia (11.0%) namun tidak kekurangan energi kronis (36.8%) sedangkan anak yang stunting memiliki ibu yang kecenderungan pola makan kurang baik (27.2%) namun tidak menderita anemia (29.4%) namun kekurangan energi kronis (32.4%). Nilai Odds Ratio memperlihatkan kontribusi masing-masing variabel dengan kejadian stunting. Pola Makan memiliki nilai OR 7.824 yang berarti jika ibu pola makannya ibu kurang baik maka berisiko 2.8 kali lipat memiliki anak stunting dibandingkan dengan ibu yang pola makannya baik. Status gizi berdasarkan Anemia memiliki nilai OR 2.473 yang berarti jika ibu menderita anemia berisiko 2.4 kali lipat memiliki anak stunting dibandingkan dengan ibu yang tidak anemia. Status gizi berdasarkan KEK memiliki nilai OR 5.093 yang berarti jika ibu menderita KEK saat hamil berisiko 5.0 kali lipat memiliki anak stunting dibandingkan dengan ibu yang tidak menderita KEK.

3. Analisis Multivariat

Tabel 2.3 Hasil Analisis Multivariat Faktor Risiko Stunting pada Baduta Usia 6-23 bulan

Variabel	β	Wald	Sig.	OR	CI 95%	
					LL	UL
Riwayat Pola Makan	2.073	19.370	0.000	7.951	3.158	20.017
Status gizi berdasarkan anemia	0.986	4.775	0.025	2.681	1.107	6.492
Status Gizi berdasarkan KEK	1.396	11.246	0.001	4.038	1.786	9.128

Analisis multivariat dilakukan untuk mengidentifikasi faktor yang paling berisiko terhadap kasus stunting di kecamatan Polongbangkeng Utara. Variabel yang dimasukkan dalam analisis multivariat adalah variabel yang memiliki nilai *p value* <0,25. Hasil dari analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel yang paling berisiko terhadap kasus stunting adalah Riwayat Pola Makan ibu saat hamil dengan nilai OR= 7.9 (95% CI: 3.158-20.017). Hasil uji statistik ini menyimpulkan bahwa variabel riwayat pola makan ibu saat hamil berisiko terhadap kasus stunting sebesar 7.9 kali.

B. Pembahasan

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa riwayat pola makan, status gizi berdasarkan anemia dan status gizi berdasarkan KEK merupakan faktor risiko terhadap kejadian stunting.

Pada penelitian ini Riwayat Pola Makan ibu saat hamil, terdapat dengan nilai $p\text{-value} = 0.000 (<0.05)$ sehingga mempengaruhi kejadian stunting di wilayah kerja kec. Polongbangkeng Utara tahun 2019.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Kalasekaran (2012) menjelaskan bahwa pada negara-negara berkembang status gizi pada wanita hamil dipengaruhi oleh faktor risiko tinggi yang saling berhubungan. Salah satunya yaitu sulitnya akses mendapatkan makanan yang berkualitas dan kaya akan gizi.

Ibu hamil membutuhkan asupan makan dua kali lipat dari semula, pola makan yang tepat dan asupan gizi seimbang. Hal tersebut dikarenakan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan sangat dipengaruhi oleh asupan gizi ibu. Asupan gizi pada masa kehamilan berpengaruh dalam pemenuhan kebutuhan zat besi, karena pada masa kehamilan terjadi peningkatan ekspansi massa sel darah merah sehingga kebutuhan zat besi bertambah (Gunung IK.2011)

Bahan makanan yang dikonsumsi mempunyai variasi yang cukup luas dengan kandungan bahan pemacu dan penghambat absorpsi Fe atau mengandung kedua-duanya. Oleh karena itu, perimbangan

bahan-bahan pemacu dan penghambat absorpsi Fe perlu lebih mendapat perhatian, terutama bahan murni pemacu maupun penghambat. Hal ini bisa dilakukan melalui pengaturan kombinasi konsumsi makanan dengan meningkatkan bahan pemacu dan mengurangi bahan penghambat penyerapan Fe

Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain : anemia, pendarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi. Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), pendarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung meningkat. Kekurangan gizi pada ibu hamil juga dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan), lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) (Kristiyanasari, 2010:66)

Salah satu peran penting dalam status gizi adalah Pola makan saat hamil. Masalah gizi dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling mempengaruhi secara kompleks. Salah satu yang mempengaruhi yaitu ibu. Pola makan ibu dipengaruhi oleh kemampuan ibu dalam menyediakan pangan yang berkualitas (Erni Maywita 2015)

Pada penelitian ini terdapat hubungan antara status gizi ibu saat hamil berdasarkan anemia dengan $p\text{-value} = 0.026 (<0.05)$. Hasil Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurul Fajriah (2016) yang juga menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara status gizi dengan kejadian stunting dengan nilai $p\text{-value} 0.01 (<0.05)$

Anemia merupakan keadaan ibu hamil dengan kadar Hemoglobin dibawah 11 g/dl.7 Anemia pada masa kehamilan dapat menyebabkan terjadinya abortus, persalinan prematur, ketuban pecah dini, BBLR, cacat bawaan, kematian pada janin dan intelegensia bayi rendah

Kondisi ibu hamil yang banyak terjadi adalah anemia, terutama anemia defisiensi besi. Hal ini dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin saat hamil.

Pada penelitian ini status gizi berdasarkan KEK di dapat hasil dengan nilai $p\text{-value} 0.000 - (<0.05)$ sehingga mempengaruhi kejadian stunting. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sartono (2013) yang juga menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kekurangan energi kronis pada kehamilan (KEK) dengan kejadian stunting dengan nilai $p=0.042<0.05$.

Dalam penelitian Proverawati, 2017 menjelaskan bahwa, masalah gizi yang sering dihadapi ibu hamil yaitu Kekurangan Energi Kronik

(KEK) dan anemia gizi. Menurut Depkes RI tahun 2009, prevalensi ibu hamil KEK yaitu 24,6%. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 2010 terdapat 13,91% ibu hamil KEK, sedangkan data dari Dinas Kesehatan Kota Jepara menunjukkan pada tahun 2011 terdapat 30% orang ibu hamil KEK. Adapun faktor penyebab terjadinya status gizi kurang (KEK) pada ibu hamil sangat kompleks diantaranya ketidak seimbangan asupan zat-zat gizi, faktor penyakit pencernaan, absorsi dan penyakit infeksi. Sedangkan ada beberapa faktor yang mempengaruhi gizi ibu hamil, diantaranya adalah berat badan, budaya pantang makan, status ekonomi, pengetahuan zat gizi dalam makanan, umur, suhu lingkungan, aktivitas, serta status kesehatan (Proverawati, 2009:51)

Untuk menurunkan angka kejadian stunting di Kecamatan Polongbangkeng Utara maka perlunya upaya tindak lanjut dari kebijakan yang telah dibuat sebelumnya dengan mengimplementasikan Peraturan Presiden No. 42 Tahun 2013 tentang gerakan nasional percepatan perbaikan gizi. Proses ini menjadi sangat penting seperti telah disebutkan dalam berbagai pendidikan yang rendah, beban penyakit, pemberdayaan perempuan yang masih rendah (Bhutta, 2008).

Kepatuhan antenatal care (ANC) dan penjelasan yang diberikan oleh bidan maupun dokter saat ANC merupakan hal yang penting.

Pada saat penelitian berlangsung, peneliti menanyakan gambaran tentang pengetahuan 1000 HPK namun, dari keseluruhan sampel belum pernah mendengar istilah 1000 HPK. Hal ini dapat dijadikan sebagai pertimbangan untuk para petugas kesehatan yang memberikan pelayanan ANC agar memberikan penjelasan mengenai nutrisi yang baik dan tidak baik untuk kehamilan. Pada sampel yang termasuk dalam kategori jumlah anggota rumah tangga yang lebih dari 6 orang biasanya asupan nutrisinya cenderung rendah, yang rendah (terutama nutrisi yang mengandung protein hewani dan asupan zat besi), dan angka kejadian anemia cenderung meningkat. Hal ini menunjukkan bahwa diperlukan penjelasan mengenai nutrisi dan makanan bergizi untuk kehamilan dan juga disertai dengan pemantauan yang berkesinambungan mengenai asupan nutrisi ibu hamil. Hal ini harus ditingkatkan melalui perimbangan asupan Fe hewani dan nabati. Selain hal tersebut, suplemen Fe akan menjadi sangat penting dalam penanggulangan anemia yang dialami ibu hamil ataupun yang mungkin akan terjadi. Selain rendahnya asupan Fe, tingginya asupan kalsium akan berakibat menurunkan bioavailabilitas Fe yang dikonsumsi. Sumber kalsium dapat berasal dari susu dan sejenisnya atau dari sayuran daun hijau yang juga sebagai sumber vitamin A yang sebenarnya pemacu absorpsi Fe. Untuk hal tersebut perlu perimbangan berupa peningkatan konsumsi sumber vitamin C

yang berasal dari buah-buahan, bukan dari daun-daunan yang mengandung bahan penghambat absorpsi Fe (Gunung IK. 2011)

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pada Penelitian ini terdapat 68 kasus (stunting) dan 68 kontrol (tidak stunting) dengan total jumlah sampel keseluruhan sebanyak 136 sampel ibu yang memiliki anak stunting usia 6-23 bulan di kecamatan Polongbangkeng Utara tahun 2019.
2. Pada Uji Karakteristik Faktor keluarga dengan kategori Jumlah anggota RT, serta Faktor Keluarga yang meliputi Riwayat Pola Makan ibu saat hamil, Status Gizi berdasarkan Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan Status Gizi berdasarkan Anemia merupakan faktor risiko kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan di kecamatan Polongbangkeng Utara tahun 2019
3. Faktor keluarga dengan kategori Riwayat Pola Makan merupakan variabel yang paling berisiko terhadap kejadian stunting pada baduta usia 6-23 bulan dengan nilai OR 7.951.

B. Saran

1. Perlunya diadakan pendidikan gizi bagi masyarakat melalui Puskesmas dan Posyandu melalui program peningkatan 1000 Hari Pertama Kehidupan
2. Diharapkan kepada seluruh tenaga kesehatan agar lebih gencar dalam promosi kesehatan atau memberikan

penyuluhan terutama mengenai persiapan kehamilan sebagai salah satu upaya pencegahan stunting pada baduta.

3. Peningkatan jumlah cakupan keluarga berencana pada pasangan usia subur

DAFTAR PUSTAKA

- Aguayo, Víctor M., Rajilakshmi Nair, and Nina Badgaiyan. 2016. "Determinants of Stunting and Poor Linear Growth in Children Under 2 Years in India: An In-depth Analysis of Maharashtra's Comprehensive Nutrition Survey" 12:121–40.
- Agrawal, A 2008. Social classification: The need to update in the present scenario. *Indian Journal of community medicine*, 33, 50
- Akombi, Blessing Jaka, Kingsley Emwinyore Agho, John Joseph Balai, Dafna Merom, Thomas Astell-burt, and M. N. Renzaho. 2017. "Severe Stunting And Stunting Among Children Under 5 In Nigeria: A Multilevel Analysis." 1–16.
- Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival: Maternal and Child Undernutrition 3. *The Lancet*. 2008
- Bezaliel R, Narasiang, Nelly Mayulu, Shirley Kawengian. 2016. "Gambaran Pola Konsumsi Makanan Pada Ibu Hamil Di Kota Manado." 4.
- Bishwakarma, Ramu. 2011. "Spatial Inequality in Nepal: Implications of Regional Context and Individual/Household Composition (Disertasi)". University of Maryland.
- Charles Mangani, Kenneth Maleta, John Phuka, Yin Bun Cheung, Kenneth Maleta, John Phuka, Yin Bun Cheung, Chrissie Thakwalakwa, Kathryn Dewey, Mark Manary, Taneli Puumalainen, Per Ashorn. 2015. "Effects of complementary feeding with lipid-based nutritional supplements and corn-soybean mixture on the incidence of stunting and linear growth between 6 to 18-month-old infants and children in rural Malawi." 11(Unicef 2009):132–43.
- Chaudury RH 2012. Determinas of dietary intake and dietary adequacy for pre-shcool childern in Bangladesh. Bangladesh Instite of Development Studies.
- Cunningham, F.G. (2005). *Obstetri Williams* (Edisi:21). Jakarta: EGC
- Darten, E.K.M.; Kumi-Kyereme, A. Correlates of stunting among children in Ghana. *BMC Public Health* 2014, 14, 504.

- Dewey, Kathryn G. dan Khadijah Begum. 2011. "Long-term Consequences of Stunting in Early Life." 7:5–18.
- Engebrester, I.; Tylleskar, T.; Wamani, H.; Karamagi, C.; Tumwine, J.K. Determinans of infant growth in Eastern Uganda:
- Erni Maywita. 2015. "FAKTOR RISIKO PENYEBAB TERJADINYA STUNTING PADA BALITA UMUR 12-59 BULAN DI KELURAHAN KAMPUNG BARU KEC . LUBUK BEGALUNG TAHUN 2015 Risk Factors Cause the Stunting of Age 12-59 Months in Kampung Baru Kec . Lubuk Begalung in 2015 Erni Maywita Dosen Tetap Fak." 3(1):56–65.
- Fernald, Lia C. H., Emanuela Galasso, Jumana Qamruddin, Christian Ranaivoson, Lisy Ratsifandrihamanana, Christine P. Stewart, and Ann M. Weber. 2016. "A Cluster-Randomized , Controlled Trial of Nutritional Supplementation and Promotion of Responsive Parenting in Madagascar: The MAHAY Study Design and Rationale." *BMC Public Health* 1–14.
- Fikadu, t., Assegid, S. & Dube, L, 2014. Factors associated with stunting among children of age 24 to 59 months in Meskan district, Gurage Zone, South Ethopia: a case-control study. *BMC Public Health*, 14, 800.
- Fikawati, d. s., Ahmad syafiq, p. d. &Khaula karima, S. G. 2015. *Gizi Ibudan Bayi*, Kota Depok, PT. Rajagrafindo Persada.
- Garcia Cruz, I. M., Gonzalez Azpeitia, g., Reyes Suarez, d., Santana Rodriguez, a., Loro Ferrel, j. f. & serra-Majem, L. 2017. Factors Associated with Stunting among Childern Agen 0 to 59 Months from the Central Region of Mozambique. *Nutriens*, 9, 491.
- Gibney Micheal. 2009. *Human Nutrition Second Edition*. The Nutrition Society. 2009.
- Hidayat, T. S., Tjetjep Syarif Hidayat, and Noviati Fuada. 2013. "Hubungan Sanitasi Lingkungan, Morbiditas Dan Status Gizi Balita Di Indonesia (Relationship between Environmental Sanitation, Morbidity and Nutritional Status of under-Five Children in Indonesia)." 34(2):104–13.
- Himatul Khoeroh, Dyah Indriyanti. 2017. "Evaluasi Penatalaksanaan Gizi Balita Stunting Di Wilayah Kerja Puskesmas Sirampog." 6(3).
- I Dewa Nyoman Supariasa BB, Ibnu undenutrition, tropicaal nteropathy, toilets, and hadwashing. *The lencet*, 374, 1032-1035
- Kemenkes. 2018. *Situasi Balita Pendek (Stunting) Di Indonesia*.

- Kementrian Kesehatan RI. n.d. "Infodatin Gizi 2016. Situasi Gizi."
- Krasevec, Julia, Sebuah, Xiaoyi, Kumapley, Richard, Frongillo, Edward A. 2017. " diet quality and stunting risk in infants and children in low- and middle-income countries"
- Matsungo, Tonderayi M, Kruger, Herculina S, Smuts, Cornelius M, Faber, Mieke "Symposium : Lipid nutrition – new insights Lipid-based nutrient supplements and linear growth in children under 2 years : a review Proceedings of the Nutrition Society"
- Maxwell, S. 2011. Module 5 Cause of Malnutrition. Oxford: Emergency Nutrition Network (ENN)
- Mberu, B. U., Haregu, T. N., Kyobutungi, C. & Ezeh, A. C. 2016. Health and health-related indicators in slum, rural, and urban communities: COMPARATIVE ANALYSIS. *Global Health action*, 9, 33163.
- Menteri Kesehatan RI 2013. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 42 tahun 2013 tentang penyelenggaraan imunisasi. Jakarta: Menteri Kesehatan RI
- Stang (2014). *cara Praktis Penentu Uji Statistik dalam Penelitian Kesehatan dan kedokteran (pertama)*. Jakarta: Mitra Wacana Medika.
- STIKes Hang Tuah Pekanbaru. 2015. "Permasalahan Anak Pendek (Stunting) Dan Intervensi Untuk Mencegah Terjadinya Stunting (Suatu Kajian Kepustakaan) Stunting Problems and Interventions to Prevent Stunting (A Literature Review)." 2(5).
- Sukmawati, Hendrayati Chaerunnimah, Nurhumaira. 2018. "STATUS GIZI IBU SAAT HAMIL , BERAT BADAN LAHIR BAYI DENGAN STUNTING PADA BALITA." 25:18–24.
- Reurings, M., Vossenaar, M., Doak, C. M. & Solomons, N. W. 2013. Stunting rates in infants and toddlers born in metropolitan Quetzaltenango, Guatemala. *Nutrition*, 29, 655-660.
- Riley, I. W., Ko, A. I., Unger, A. & Reis, M. G. 2007. Slum health: diseases of neglected population. *BMC International Health and Human Rights*, 7,2.
- Unicef-who-bank, Organisasi Kesehatan, Mercedes De Onis, David Brown, Monika Blössner, Dana Anak-anak Pbb, Tessa Wardlaw, Holly Newby, David Brown, Xiaodong Cai, Mercedes De Onis, Elaine Borghi, Monika Blössner, Johan Mistiaen, Juan Feng, and Masako Hiraga. n.d.

“malnourished child.”

Unicef 2017. Levels and Trends in Child MLNUTRITION. Washington DC: United Nations Children's Fund

USAID 2010. Nutrition Assessment for 2010 New Project Design. *Global Health Technical Assistance Project*. Washington.

Aguayo, Víctor M., Rajilakshmi Nair, and Nina Badgaiyan. 2016. “Penentu Stunting Dan Pertumbuhan Linear Miskin Pada Anak Di Bawah 2 Tahun Di India : Sebuah Analisis Mendalam Dari Maharashtra ’ s Survei Gizi Yang Komprehensif.” 12:121–40.

Akmal Novrian Syahrudin, Darmayanti Waluyo, Veni Hadju. 2016. "Faktor Risiko Stunting pada Anak Usia 0-23 Bulan Di Kecamatan Kelara,Kabupaten Jeneponto

Akombi, Blessing Jaka, Kingsley Emwinyore Agho, John Joseph Balai, Dafna Merom, Thomas Astell-burt, and M. N. Renzaho. 2017. “Stunting Dan Stunting Parah Di Kalangan Anak Di Bawah-5 Tahun Di Nigeria : Sebuah Analisis Multilevel.” 1–16.

Bezaliel R, Narasiang, Nelly Mayulu, Shirley Kawengian. 2016. “Gambaran Pola Konsumsi Makanan Pada Ibu Hamil Di Kota Manado.” 4.

Charles Mangani, Kenneth Maleta, John Phuka, Yin Bun Cheung, Kenneth Maleta, John Phuka, Yin Bun Cheung, Chrissie Thakwalakwa, Kathryn Dewey, Mark Manary, Taneli Puumalainen, Per Ashorn. 2015. “Pengaruh Makanan Pendamping ASI Dengan Suplemen Nutrisi Berbasis Lipid Dan Campuran Jagung-Kedelai Terhadap Kejadian Stunting Dan

Cunningham, F.G. (2005). *Obstetri Williams* (Edisi:21). Jakarta: EGC

Pertumbuhan Linear Antara Bayi 6 Sampai 18-Bulan-Tua Dan Anak-Anak Di Pedesaan Malawi.” 11(Unicef 2009):132–43.

Dewey, Kathryn G. dan Khadijah Begum. 2011. “Konsekuensi Jangka Panjang Dari Stunting Pada Awal Kehidupan.” 7:5–18.

Dewi Chandra Kade Ayu Ida, Kadek Tresna Adhi (2016). Pengaruh Konsumsi Protein dan Seng Serta Riwayat Penyakit Infeksi Terhadap Kejadian Balita Stunting Pada Anak Balita Umur 24-59 Bulan Diwilayah Kerja

- Puskesmas Nusa Panida III. *Arc com Health*. Vol 3 No 1, 34-46. 2016
- Hidayat, T. S., Tjetjep Syarif Hidayat, and Noviati Fuada. 2013. "Hubungan Sanitasi Lingkungan, Morbiditas Dan Status Gizi Balita Di Indonesia (Relationship between Environmental Sanitation, Morbidity and Nutritional Status of under-Five Children in Indonesia)." 34(2):104–13.
- Himatul Khoeroh, Dyah Indriyanti. 2017. "Evaluasi Penatalaksanaan Gizi Balita Stunting Di Wilayah Kerja Puskesmas Sirampog." 6(3).
- Hoddinot, H., Alderman, H., Behrman, J., Haddad, I. & Horton, S. 2013. The economic rationale for investing in stunting reduction. *Maternal & Child Nutrition*, 9, 69-82.
- I Dewa Nyoman Supriasa BB, Ibnu Fajar. 2016. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Kemenkes. 2018. *Situasi Balita Pendek (Stunting) Di Indonesia*.
- Kementrian Kesehatan RI. n.d. "Infodatin Gizi 2016. Situasi Gizi."
- Kemenkes, R. 2011. Keputusan Menteri Republik Indonesia Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sathyamala, C, 2017. *Global Nutrition Report 2016. From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. WILEY 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA.
- Garcia Cruz, I. M., Gonzalez Azpeitia, g., Reyes Suarez, d., Santana Rodriguez, a., Loro Ferree, j. f. & Serra-Majem, L. 2017. Factors Associated with Stunting among Children Aged 0 to 59 Months from the Central Region Of Mozambique. *Nutrients*, 9, 491.
- Stang (2014). *cara Praktis Penentu Uji Statistik dalam Penelitian Kesehatan dan kedokteran (pertama)*. Jakarta: Mitra Wacana Medika.
- STIKes Hang Tuah Pekanbaru. 2015. "Permasalahan Anak Pendek (Stunting) Dan Intervensi Untuk Mencegah Terjadinya Stunting (Suatu Kajian Kepustakaan) Stunting Problems and Interventions to Prevent Stunting (A Literature Review)." 2(5).

- Sukmawati, Hendrayati Chaerunnimah, Nurhumaira. 2018. "STATUS GIZI IBU SAAT HAMIL , BERAT BADAN LAHIR BAYI DENGAN STUNTING PADA BALITA." 25:18–24.
- Undang-Undang 2003. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional. Jakarta.
- UNICEF 2012. Maternal and Child nutrition. Jakarta: Unicef Indonesia.
- UNICEF 2013. Improving child nutrition: The achievable imperatives for global progress. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF).
- Unicef-who-bank, Organisasi Kesehatan, Mercedes De Onis, David Brown, Monika Blössner, Dana Anak-anak Pbb, Tessa Wardlaw, Holly Newby, David Brown, Xiaodong Cai, Mercedes De Onis, Elaine Borghi, Monika Blössner, Johan Mistiaen, Juan Feng, and Masako Hiraga. n.d. "Anak Malnutrisi.
- UPT Puskesmas Polongbangkeng Utara. 2019. "Laporan Tahunan UPT Polongbangkeng Utara Tahun 2018"
- Vonaesch, P., Tondeur, L., Breurec, S, bata, P., Nguyen, L, B, L., Frank, T., Farra, A., Rafai, C., Giles-Vernick, T. &Gody, J. C. 2017. Factors associated with stunting in healty children aged 5 years and less living in Bangui (RCA). *PloS One*, 12, e0182363.
- WHO 2013. Childhood Stunting: Context, Caused and Consequences. *WHO Conceptual Framework*
- WHO 2014. WHA global nutrition targets 2025 : stunting policy brief.