

SKRIPSI

**HUBUNGAN POLA ASUH DENGAN KEJADIAN *STUNTING*
ANAK USIA 6-23 BULAN DI WILAYAH PESISIR
KECAMATAN TALLO KOTA MAKASSAR**

BRIGITTE SARAH RENYOET

K 211 09 105



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Gizi*

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

SKRIPSI

**HUBUNGAN POLA ASUH DENGAN KEJADIAN *STUNTING*
ANAK USIA 6-23 BULAN DI WILAYAH PESISIR
KECAMATAN TALLO KOTA MAKASSAR**

BRIGITTE SARAH RENYOET

K 211 09 105



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Gizi*

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 28 Mei 2013



Tim Pembimbing:

Pembimbing I

Pembimbing II

Prof. dr. Veni Hadju, MSc., PhD

ST. Nur Rochimiwati, SKM., M.Kes

Mengetahui:

Ketua Program Studi Ilmu Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin Makassar

Dr. Dra. Nurhaedar Jafar Apt, M.Kes

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar Pada hari tanggal 28 Mei 2013.

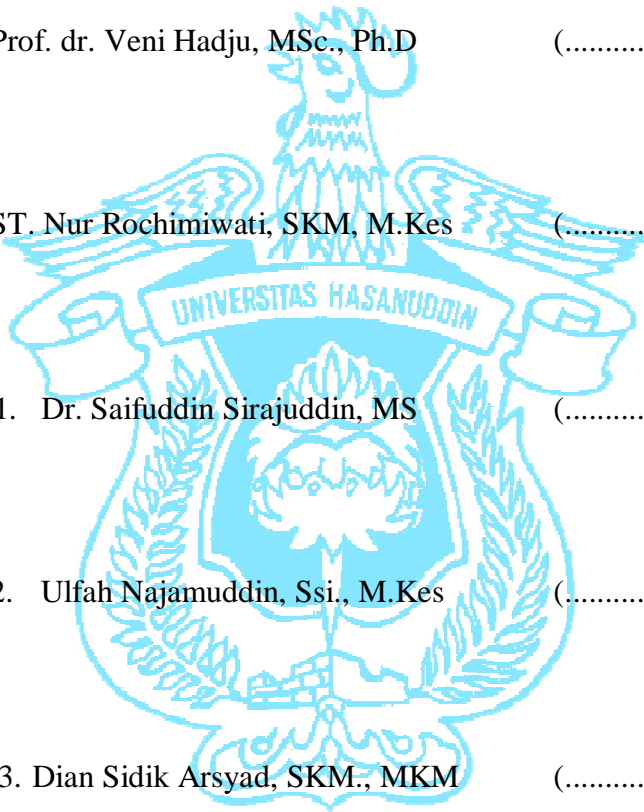
Ketua : Prof. dr. Veni Hadju, MSc., Ph.D (.....)

Sekretaris : ST. Nur Rochimiwati, SKM, M.Kes (.....)

Anggota : 1. Dr. Saifuddin Sirajuddin, MS (.....)

2. Ulfah Najamuddin, Ssi., M.Kes (.....)

3. Dian Sidik Arsyad, SKM., MKM (.....)



RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Ilmu Gizi
Skripsi, Mei 2013

Brigitte Sarah Renyoet

"Hubungan Pola Asuh Dengan Kejadian *Stunting* Anak Usia 6-23 Bulan Di Wilayah Pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar".

(xiii + 77 Halaman + 12 Tabel + 2 Gambar + 7 Lampiran)

Masalah gizi dan kesehatan ibu hamil dan menyusui dan anak usia di bawah dua tahun (baduta) terkait erat dengan masalah kurang gizi kronis atau "*stunting*". Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pola asuh dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di wilayah pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar. Kesehatan anak-anak dipengaruhi oleh suatu faktor pertemuan, seperti pendapatan keluarga, pelayanan kesehatan, biologi, tingkah laku, dan sociocultural. Dengan memperhatikan fenomena yang ada mengenai *stunting* serta pertumbuhan dan perkembangan nampaknya sangat berkorelasi dengan pola asuhan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pola asuh dengan Kejadian *Stunting* anak usia 6-23 bulan di wilayah pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif-analitik dengan rancangan *cross sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *exhaustive sampling* dengan jumlah sampel semua ibu yang mempunyai anak usia 6-23 bulan dengan ibu sebagai responden. Pengumpulan data diperoleh dengan pengambilan data primer dan data sekunder. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji chi-square.

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara perhatian/dukungan ibu terhadap anak dalam praktek pemberian makanan dengan kejadian *Stunting* anak pada usia antara 6-23 bulan dengan nilai $p = 0,001$, adanya hubungan yang signifikan antara rangsangan psikososial dengan kejadian *Stunting* anak pada usia antara 6-23 bulan dengan nilai $p = 0,000$, adanya hubungan yang signifikan antara kebersihan/ hygiene dan sanitasi lingkungan dengan kejadian *Stunting* anak pada usia antara 6-23 bulan dengan $p = 0,000$, dan adanya hubungan yang signifikan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kejadian *Stunting* anak pada usia antara 6-23 bulan dengan $p = 0,006$. Kesimpulan dari penelitian mengenai pola asuh terutama ibu memiliki kontribusi yang besar dalam proses pertumbuhan anak dimana pola asuh menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kejadian *stunting* pada anak 6-23 bulan di wilayah pesisir.

Daftar Pustaka : 92 (1989-2013)

Kata Kunci : *Stunting*, pola asuh, anak usia 6-23 bulan, wilayah pesisir.

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat, hidayah serta ilmu pengetahuan yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Berhasilnya penyusunan skripsi ini dengan judul “**Hubungan Pola Asuh Dengan Kejadian *Stunting* Anak Usia 6-23 Bulan Di Wilayah Pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar**” menandai berakhirnya suatu dimensi perjuangan yang penuh dengan makna dan kenangan dalam menimba ilmu di Jurusan Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan selanjutnya akan menjadi titik awal bagi penulis untuk dapat berbuat yang terbaik bagi masyarakat, Bangsa dan Negara.

Keberhasilan penulis sampai ke tahap penulisan skripsi ini tak lepas dari bantuan, baik berupa materi maupun dukungan dari orang-orang di lingkungan penulis. Karena itu, perkenankanlah penulis untuk menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak **Prof. dr. Veni Hadju MSc., PhD** selaku pembimbing I dan Ibu **ST. Nur Rochimiwati, SKM., M.Kes** selaku pembimbing II, yang dengan penuh kesabaran telah mengarahkan penulis hingga terselesaikannya skripsi ini.
2. Bapak **Dr. Saifuddin Sirajuddin MS** dan Ibu **Ulfah Najamuddin, SSI., M.Kes** selaku penguji dari jurusan **Ilmu Gizi** dan Bapak **Dian Sidik Arsyad SKM., M.Kes** selaku penguji dari jurusan Epidemiologi yang telah memberikan saran dan kritik demi perbaikan skripsi ini.

3. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Pembantu Dekan, Dosen pengajar dan seluruh karyawan yang telah memberikan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Ibu **Dr. Dra. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes** selaku ketua Jurusan Gizi Masyarakat, dosen pengajar, beserta staf seperti **Kak Yesi** dan **Ibu Hapsah** yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam akademik.
5. Terima kasih saya ucapkan buat semua **staf** di **Kecamatan Tallo** yang bertanggung jawab dalam mengizinkan peneliti untuk meneliti baik itu di **Kelurahan Tallo, Buloa dan Lakkang**, serta **petugas puskesmas, kader** dan **semua narasumber** yang telah mau membantu, bekerja sama dan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.
6. Saudaraku yang tersayang, **kakak Claudia** dan **adikku Jaquiline** yang senantiasa memberikan dorongan dan semangat kepada penulis selama menjalani perkuliahan. Serta tidak luput dari cinta, dukungan dan motivasi dari kedua orang tuaku tercinta.
7. Rasa sayang dan cinta pada **My Puppy Bandito** dan **Bugsy**, terutama kepada **Bugsy** yang lucu, imut, nakal & menggemaskan yang selalu menggoda, mengganggu dan menemani penulis dalam menyelesaikan penulisan skripsi ini.
8. Teman **Angkatan Galeter** dan **Ilmu Gizi 2009**, kalian adalah teman baik selama saya menempuh pendidikan di Unhas.
9. Teman-teman di Jurusan Ilmu Gizi, **Ritapurnamasari, Christin, Meita, Sriwahyuni** dan **Starti** yang selalu memberikan nasehat dan motivasi, serta ide

dan kepada penulis selama ini kalian adalah teman-teman terspesialku selama menempuh pendidikan di jurusan Ilmu Gizi Unhas.

10. Teman-teman penelitian (**Kiki** dan **Rizal**) yang selalu senantiasa berjuang bersama-sama dalam proses penelitian semoga kita selalu sukses.
11. Teman-teman **KKN-ku Posko Bonto Ujung, bapak dan ibu Kepala Desa Bonto Ujung**, serta seluruh keluarga besar keluarga besar Bonto Ujung. Terima kasih atas semua motivasi yang kalian telah berikan.

Akhirnya, Skripsi ini penulis persembahkan untuk kedua orang tua tercinta Bapakku terdagoah **Agustinus** dan Mamaku tercantik **Maryem**, terima kasih yang setulus-tulusnya atas segala pemberian, pengorbanan, perhatian, dan doa tulus yang senantiasa mengiringi perjalanan penulis dalam menuntut ilmu.

Manusia tak pernah luput dari kekhilafan, karena itu penulis sangat menghargai bila ada kritik dan saran demi penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bernilai dan dapat memberikan manfaat kepada semua pihak yang membacanya.

Makassar, Mei 2013

P e n u l i s

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
RINGKASAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	12
C. Tujuan Penelitian.....	12
D. Manfaat Penelitian.....	13
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	14
A. Tinjauan Umum Mengenai Stunting.....	14
B. Tinjauan Umum Mengenai Pola Asuh.....	20
C. Tinjauan Umum Mengenai Hubungan Perhatian Ibu Dalam Praktek Pemberian Makan, Persiapan dan Penyimpanan.....	26
D. Tinjauan Umum Mengenai Rangsangan Psikososial.....	32

E. Tinjauan Umum Mengenai Kebersihan/Hygiene dan Sanitasi	
Lingkungan.....	34
F. Tinjauan Umum Mengenai Pemanfaatan Pelayanan	
Kesehatan	38
G. Kerangka Teori.....	41
H. Kerangka Konsep	42
I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	43
J. Hipotesis Penelitian	45
BAB III METODE PENELITIAN	46
A. Jenis Penelitian	46
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	46
C. Populasi dan Sampel.....	46
D. Teknik Penarikan Sampel	47
E. Instrumen Penelitian	47
F. Pengumpulan Data.....	47
G. Pengolahan dan Penyajian Data	48
H. Analisis Data	49
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	51
A. Hasil Penelitian.....	51
1. Gambaran Lokasi Penelitian	51
2. Keadaan Sosial Ekonomi	53
3. Analisis Univariat	54
4. Analisis Bivariat	60

B. Pembahasan.....	63
1. Deskripsi Distribusi Sampel dan Responden.....	63
2. Hubungan Perhatian Ibu Dalam Praktek Pemberian Makan Serta Persiapan dan Penyimpanan Dengan Kejadian <i>Stunting</i>	68
3. Hubungan Rangsangan Psikososial Dengan Kejadian <i>Stunting</i>	70
4. Hubungan Kebersihan/Hygiene dan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian <i>Stunting</i>	71
5. Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dengan Kejadian <i>Stunting</i>	73
C. Keterbatasan Penelitian.....	75
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	76
A. Kesimpulan	76
B. Saran	77

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Kategori Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks	20
Tabel 4.1	Distribusi Sampel Berdasarkan Karakteristik Sampel Di Kecamatan Tallo Tahun 2013.....	55
Tabel 4.2	Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin dan Antropometri Di Kecamatan Tallo Tahun 2013.....	56
Tabel 4.3	Distribusi Sampel Berdasarkan Umur dan Antropometri Di Kecamatan Tallo Tahun 2013.....	56
Tabel 4.4	Distribusi Sampel Berdasarkan Antropometri Di Kecamatan Tallo Tahun 2013.....	57
Tabel 4.5	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Umur Di Kecamatan Tallo Tahun 2013.....	58
Tabel 4.6	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pendidikan Di Kecamatan Tallo Tahun 2013.....	59
Tabel 4.7	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pekerjaan dan Pendapatan Di Kecamatan Tallo Tahun 2013.....	59
Tabel 4.8	Hubungan Perhatian/Dukungan Ibu Terhadap Anak Dalam Praktek Pemberian Makanan Dengan Kejadian <i>Stunting</i> Di Kecamatan Tallo Tahun 2013.....	60
Tabel 4.9	Hubungan Rangsangan Psikososial Dengan Kejadian <i>Stunting</i> Di Kecamatan Tallo Tahun 2013	61
Tabel 4.10	Hubungan Kebersihan/Hygiene dan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian <i>Stunting</i> Di Kecamatan Tallo Tahun 2013.....	62
Tabel 4.11	Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dengan Kejadian <i>Stunting</i> Di Kecamatan Tallo Tahun 2013.....	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 1 Kerangka Teori Penelitian.....	41
Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian	42

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Tabel Sintesa Hasil Penelitian Terkait
- Lampiran 2 Rumus Menentukan Kriteria Objektif
- Lampiran 3 Kuesioner Penelitian Mengenai Pola Asuh
- Lampiran 4 Hasil Analisis Data
- Lampiran 5 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Provinsi Sulawesi Selatan adalah salah satu provinsi di Indonesia yang secara geografis merupakan daerah berbasis kelautan yang sangat besar. Provinsi Sulawesi Selatan memiliki garis pantai sepanjang 1.937 Km dan luas perairan laut 266.877 Km². Itu dikarenakan Dari 24 kabupaten yang terdapat di provinsi Sulawesi Selatan, 2/3 diantaranya adalah kabupaten yang memiliki wilayah pesisir dan laut. Selain itu provinsi Sulawesi Selatan memiliki 263 pulau-pulau kecil yang tersebar di beberapa kabupaten diantaranya Makassar, kabupaten Selayar, kabupaten Bone, dan kabupaten Pangkajene dan Kepulauan (Pangkep). Semetara itu dengan keadaan geografis seperti itu, provinsi Sulawesi Selatan memiliki potensi sumber daya laut yang sangat besar pula (Kasaming dkk, 2012).

Adapun beberapa potensi yang dimiliki berdasarkan kategori diatas adalah, (1) sumberdaya alam yang dapat pulih (*renewable resources*) seperti perikanan, rumput laut, hutan bakau, tambak udang, dan sebagainya. (2) sumberdaya tidak dapat pulih (*non-renewable resources*) seperti sumberdaya minyak dan gas bumi serta tambang pasir besi dan (3) jasa lingkungan, seperti pariwisata bahari, industri kapal, dan transportasi. Potensi kekayaan sumber daya laut ini tentu merupakan anugerah sekaligus bencana bagi para nelayan yang bermukiman di wilayah pesisir dan laut Provinsi Sulawesi Selatan.

Bahkan yang terjadi kondisi ekonomi dan sosial budaya masyarakat pesisir khususnya nelayan di provinsi ini sangat memprihatinkan. Kondisi geografis wilayah pesisir Sulawesi Selatan ternyata berbanding terbalik dengan kondisi masyarakat yang berada di wilayah tersebut. Kemiskinan dan kesulitan hidup merupakan gambaran objektif kondisi masyarakat pesisir/nelayan di Sulawesi Selatan. Salah satu penyebab dari kemiskinan yang dialami oleh nelayan terkhusus nelayan tradisional adalah monopoli hasil tangkap dan pasar yang dilakukan oleh industri-industri perikanan sehingga nelayan hanya sedikit mendapatkan hasil tangkap dengan harga yang relatif murah (Kasaming dkk, 2012).

Sementara *cost* (harga) untuk melakukan aktivitas tangkap terbilang sangat tinggi. Ditambah lagi Master Plan Percepatan Perluasan Pembangunan Ekonomi Indonesia (MPEI) menjadikan Provinsi Sulawesi Selatan sebagai wilayah yang diprioritaskan untuk mendapat investasi guna peningkatan hasil laut. Dengan mendirikan industri perikanan. Menurut Kasaming dkk (2012) di Sulawesi Selatan nelayan mendapat problem dan ancaman yaitu:

1. Serbuan modal yang sangat kuat hingga ke wilayah pesisir Sulawesi Selatan. Investasi modal tersebut di wujudkan dalam bentuk perusahaan-perusahaan tambang yang beroperasi di wilayah pesisir.
2. Ancaman reklamasi pantai. Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dan pemerintah Kota Makassar sedang menjalankan mega proyek *Centre Point of Indonesia* (CPI) yang akan dijadikan pusat bisnis termegah di kawasan Indonesia Timur. *Mega proyek centre point of Indonesia* ini dibangun seluas

600 hektar diatas permukaan laut yang ditimbun. Proyek ini telah menghancurkan mata pencaharian nelayan tradisional penangkap “tude”. Proyek itu juga telah membuat ribuan nelayan tradisional beralih profesi sebagai kuli bangunan, hingga tukang becak.

3. Perubahan iklim. Di Sulawesi Selatan perubahan iklim yang terjadi dan dirasakan oleh seluruh umat manusia di dunia telah mempengaruhi hasil tangkapan nelayan Sulawesi Selatan.

Wilayah pesisir merupakan ruang pertemuan antara daratan dan lautan, karenanya wilayah ini merupakan suatu wilayah yang unik secara geologis, ekologis, dan merupakan domain biologis yang sangat penting bagi banyak kehidupan di daratan dan di perairan, termasuk manusia (Beatley et al 1994 dalam Bohari 2012). Wilayah pesisir juga unik dari segi ekonomi karena wilayah ini menyediakan ruang bagi aktivitas manusia yang menghasilkan manfaat ekonomi yang besar (Cincin-Sain and Robert, 1998). Selain itu, Wilayah pesisir merupakan mosaik dari ekosistem dan sumberdaya yang sangat beragam, sehingga pesisir merupakan wilayah yang strategis bagi kondisi ekonomi dan kesejahteraan sosial serta pembangunan negara (Cincin-Sain and Robert, 1998).

Salah satu wilayah pesisir yang penting secara ekonomi dan ekologi adalah wilayah pesisir Kota Makassar. Di wilayah ini terdapat kegiatan ekonomi yang berbasis sumberdaya alam seperti perikanan, pelabuhan dan pariwisata bahari. Adanya berbagai aktivitas di wilayah pesisir Kota Makassar telah menyebabkan terjadinya penurunan kualitas lingkungan berupa

pencemaran dan kerusakan terumbu karang dan perubahan morfologi pantai. Terpusatnya penduduk kota menghasilkan limbah yang cukup besar, baik limbah padat maupun limbah cair (Bohari, 2012).

Tallo adalah salah satu kecamatan yang terdapat di Kota Makassar dengan luas $\pm 8,75 \text{ km}^2$ yang merupakan kecamatan yang paling utara di kota Makassar, dengan jumlah penduduk ± 135.000 jiwa, 15 kelurahan serta 78 Rw dan 467 RT dengan penduduk heterogen. Di antara 15 kelurahan yang ada, terdapat 3 kelurahan yang termasuk wilayah pesisir yaitu kelurahan Buloa, kelurahan Lakkang, dan kelurahan Tallo (Anonim, 2012).

Kelurahan Buloa merupakan salah satu kelurahan yang berada di kecamatan Tallo akan tetapi hanya sebagian dari kelurahan ini yang termasuk pesisir. Kelurahan Buloa memiliki luas wilayah ± 61 hektar dengan jumlah penduduk 8.376 jiwa serta terdiri dari 6 RW dan 27 RT. Yang termasuk wilayah pesisir dari kelurahan ini hanya terdiri dari 2 RW dan RT yaitu RW 2/RT 8 dan RW 5/RT 3 dengan jumlah anak usia 6-23 bulan yaitu 57 anak.

Kelurahan Tallo termasuk dalam Wilayah Kecamatan Tallo, Kota Makassar yang terletak di muara sungai Tallo Kelurahan ini juga termasuk kelurahan yang memiliki banyak industri Pengolahan Kayu dan Industri Kapal vaiber yang terdiri dari 5 RW dan 26 RT dengan luas wilayah 0.61, Km². Jumlah penduduk Kelurahan Tallo dihuni 2.064 RT dengan jumlah penduduk jiwa yang terdiri dari 482 laki, 4010 Perempuan. Di kelurahan ini hampir semua merupakan wilayah pesisir, yaitu RW 2-RW 5 dengan jumlah anak usia 6-23

bulan yaitu 122 anak. Hal ini dikarenakan sebagian besar wilayah ini berada di pinggiran sungai Tallo dan pinggir laut.

Kelurahan Lakkang termasuk dalam Wilayah Kecamatan Tallo, Kota Makassar yang, diapit oleh Sungai Tallo dan Sungai Pampang. Kelurahan Lakkang juga termasuk Kelurahan Pintar dan telah di canangkan sebagai Desa Wisata oleh Dinas Kebudayaan dan Pariwisata Kota Makassar yang terdiri dari 2 RW dan 8 RT dengan luas wilayah 1.65 Km². Seluruh wilayah kelurahan ini merupakan wilayah pesisir karena merupakan wilayah berada ditengah antara dua sungai. Jumlah anak usia 6-23 bulan yang berada di kelurahan ini yaitu 32 anak.

Masalah kekurangan gizi yang mendapat banyak perhatian akhir-akhir ini adalah masalah kurang gizi kronis dalam bentuk anak pendek atau "*stunting*", kurang gizi akut dalam bentuk anak kurus ("*wasting*"). Kemiskinan dan rendahnya pendidikan dipandang sebagai akar penyebab kekurangan gizi. Masalah kegemukan terkait dengan berbagai penyakit tidak menular (PTM), seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, stroke dan kanker paru-paru. Oleh karena kedua masalah gizi tersebut terkait erat dengan masalah gizi dan kesehatan ibu hamil dan menyusui, bayi yang baru lahir dan anak usia di bawah dua tahun (*baduta*). Apabila dihitung dari sejak hari pertama kehamilan, kelahiran bayi sampai anak usia 2 tahun, maka periode ini merupakan periode 1000 hari pertama kehidupan manusia. Periode ini telah dibuktikan secara ilmiah merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan, oleh karena itu periode ini ada yang menyebutnya sebagai "periode emas", "periode kritis", dan

Bank Dunia (2006 dalam Buku Kerangka Kebijakan Gerakan 1000 HPK 2012) menyebutnya sebagai "*window of opportunity*".

Periode 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan) begitu penting sehingga ada yang menyebutnya sebagai periode emas, periode sensitif, dan Bank Dunia menyebutnya sebagai "*Window of Opportunity*". Maknanya, kesempatan ("*opportunity*") dan "sasaran" untuk meningkatkan mutu SDM generasi masa datang, ternyata serba sempit ("*window*") yaitu ibu prahamil (remaja perempuan) dan hamil sampai anak 0-2 tahun, serta waktunya pendek yaitu hanya 1000 hari sejak hari pertama kehamilan. Segala upaya perbaikan gizi diluar periode tersebut telah dibuktikan tidak dapat mengatasi masalah gizi masyarakat dengan tuntas (Bank Dunia, 2006, "*Repositioning Nutrition as Center for Development*"). Para pakar telah mengkaji mendalam selama 1-2 dekade terakhir bagaimana mekanisme terjadinya hubungan tersebut. Telah diketahui bahwa semua masalah anak pendek, gemuk, PTM bermula pada proses tumbuh kembang janin dalam kandungan sampai anak usia 2 tahun. Apabila prosesnya lancar tidak ada gangguan, maka anak akan tumbuh kembang dengan normal sampai dewasa sesuai dengan faktor keturunan atau gen yang sudah diprogram dalam sel. Sebaliknya apabila prosesnya tidak normal karena berbagai gangguan diantaranya karena kekurangan gizi, maka proses tumbuh kembang terganggu. Akibatnya terjadi ketidak normalan, dalam bentuk tubuh pendek, meskipun faktor gen dalam sel menunjukkan potensi untuk tumbuh normal (Barker 2007 dalam Buku Kerangka Kebijakan Gerakan 1000 HPK 2012).

Pertumbuhan dan perkembangan mengalami peningkatan yang pesat pada usia dini, yaitu dari 0 sampai 5 tahun. Masa ini sering juga disebut sebagai fase "Golden Age". *Golden age* merupakan masa yang sangat penting untuk memperhatikan tumbuh kembang anak secara cermat agar sedini mungkin dapat terdeteksi apabila terjadi kelainan. Selain itu, penanganan kelainan yang sesuai pada masa *golden age* dapat meminimalisir kelainan pertumbuhan dan perkembangan anak sehingga kelainan yang bersifat permanen dapat dicegah. Usia 0-24 bulan merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, sehingga kerap diistilahkan sebagai periode emas sekaligus periode kritis. Periode emas dapat diwujudkan apabila pada masa ini bayi dan anak memperoleh asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal. Sebaliknya apabila bayi dan anak pada masa ini tidak memperoleh makanan sesuai kebutuhan gizinya, maka periode emas akan berubah menjadi periode kritis yang akan mengganggu tumbuh kembang bayi dan anak, baik pada saat ini maupun masa selanjutnya (Nutrisiani, 2010).

Masa bayi dan anak adalah masa mereka mengalami masa pertumbuhan dan perkembangan yang cepat dan sangat penting, dimana nantinya merupakan landasan yang menentukan kualitas penerus generasi bangsa. Masa kritis anak pada usia 6–24 bulan, karena kelompok umur ini merupakan saat periode pertumbuhan kritis dan kegagalan tumbuh (*growth failure*) mulai terlihat (Amin dkk, 2004).

Menurut *International Journal of Advanced Nursing Science and Practice* (2012), kekurangan gizi adalah suatu masalah kesehatan masyarakat yang

utama di dalam negara yang sedang berkembang. Pada survei ditemukan para ibu semua anak-anak itu yang berhenti menyusui sehingga menjadi resiko yang lebih tinggi dan dibandingkan dengan para ibu yang masih menyusui anak-anak mereka. Serentak, sekitar 8,8 juta anak-anak masing-masing di bawah 5 tahun meninggal. Sekitar 35% anak dibawah 5 tahun meninggal dan 11% total keseluruhan tentang penyakit yang dihubungkan dengan *undernutrition*. Sebagai contoh, Menyusui, terutama pada usia 6 bulan Asi eksklusif, mempunyai suatu efek penting dalam pengurangan angka kematian dari dua penyebab dari 5 faktor penyebab kematian yaitu, diare dan radang paru-paru (Arabi et al, 2012).

Menurut data yang dilansir WHO, 178 juta anak di bawah lima tahun mengalami *stunted*. *Stunting* (tubuh pendek) adalah keadaan tubuh yang sangat pendek hingga melampaui defisit 2 SD dibawah median panjang atau tinggi badan populasi yang menjadi referensi internasional. Berdasarkan data WHO tahun 2000 jumlah balita yang mengalami *Stunting* adalah 33%, jumlah ini telah mengalami penurunan sejak tahun 1980 yaitu sebesar 47%. Namun seiring dengan penurunan tersebut *Stunting* justru semakin meningkat jumlahnya di beberapa negara Afrika. Masalah *Stunting* lebih sering ditemui dibandingkan dengan masalah *wasting* (badan kurus). Estimasi WHO pada tahun 2010 jumlah balita yang mengalami *Stunting* mencapai 171 juta jiwa atau 27% dari seluruh balita. Diperkirakan bahwa jumlah balita penderita *Stunting* paling tinggi di Asia yaitu sebesar 100 juta anak balita.

Menurut Beyene (2012) para pemerrediksi status gizi anak mengunjungi Fasilitas Kesehatan di wilayah Jimma Zone, Etiopia Barat Selatan analisis menunjukkan bahwa 14.4% kekurangan berat badan (underweight), 33.9% kerdil/pendek dan 19.2% kurus. Di Meksiko, malnutrisi adalah lebih sering di negara-negara selatan, survei gizi terbaru di tingkat nasional menunjukkan bahwa prevalensi *Stunting* menurun selama dekade terakhir dari 23% menjadi kurang dari 18%. *Stunting* adalah didefinisikan sebagai proporsi anak di bawah lima tahun yang TB/U kurang dari -2 standar deviasi dari median referensi populasi. *Wasting* (proporsi anak-anak balita yang BB/TB kurang dari -2 deviasi standar referensi Populasi median) telah menurun dari 6% menjadi 2%. Namun, Analisis menunjukkan bahwa prevalensi pengerdilan lebih tinggi di pedesaan (31,7%) daripada di perkotaan strata (11,6%) (Reyes et al, 2004).

Menurut Victoria (1992), *Stunting* mencerminkan hambatan pertumbuhan linear akumulasi sebelum dan sesudah kelahiran. Data Anak-Anak PBB, (2008 dalam Rah et al 2010) Di seluruh dunia, pengerdilan mempengaruhi hampir sepertiga dari anak di bawah 5 tahun, dengan prevalensi yang lebih tinggi di negara-negara sumber daya di sub-Sahara Afrika dan Asia Selatan. DHS (2007 dalam Rah et al 2010) di Bangladesh, 43% dari balita terhambat dan proporsi yang lebih tinggi dipengaruhi di daerah pedesaan Ukur. Laporan UNICEF (2010) tentang Kemajuan Pelacakan pada Anak dan Gizi Ibu dirilis pada bulan November 2009 menunjukkan pengerdilan itu, dibandingkan dengan bentuk-bentuk lain dari kekurangan gizi, adalah masalah proporsi yang lebih besar antara anak di bawah lima tahun dari negara berkembang, diperkirakan 195 juta

anak terhambat pertumbuhannya. Di Asia, tingkat pengerdilan sangat tinggi (36%). Di Asia Selatan, sekitar setengah dari anak-anak yang terhambat pertumbuhannya, dengan 61 juta di India.

Stunting merupakan keadaan kurang gizi menurut indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) yang banyak terjadi pada anak balita terutama di negara-negara berkembang. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan 2010 kejadian *Stunting* pada balita di Indonesia masih sangat tinggi, yaitu 36.8% (18.8% sangat pendek dan 18.0% pendek) pada tahun 2007 dan 35.6% (18.5% sangat pendek dan 17.1% pendek) pada tahun 2010 atau lebih dari sepertiga balita di Indonesia. Meskipun secara nasional jumlah tersebut mengalami penurunan, tetapi di beberapa provinsi jumlahnya justru meningkat hingga 50% dibandingkan tahun 2007 lalu. Terdapat 18 provinsi yang memiliki prevalensi gizi kurang dan buruk diatas prevalensi nasional. Untuk prevalensi pendek pada balita masih ada 15 provinsi yang memiliki prevalensi diatas prevalensi nasional. Kejadian *Stunting* merupakan indikator yang krusial untuk melihat keberhasilan pembangunan di suatu daerah dan di suatu negara.

Sebanyak 15 provinsi memiliki prevalensi kependekan di atas angka prevalensi nasional. Sulawesi Selatan berada pada urutan ke 11 dari prevalensi kependekan di Indonesia. Mengacu pada Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015, sasaran pembangunan pangan dan gizi pada tahun 2015 yaitu menurunkan prevalensi gizi kurang balita menjadi 15,5% dan prevalensi balita pendek menjadi 32%, artinya sampai tahun 2015 kita masih harus menurunkan 3,6%. Walaupun secara nasional belum mencapai target prevalensi balita

pendek, namun sudah ada 11 propinsi yang sudah berhasil mencapai target yaitu Jambi 30,2%, Bangka Belitung 29,0%, Bengkulu 31,6%, Kepulauan Riau 26,9%, DKI Jakarta 26,6%, DI. Yogyakarta 22,5%, Bali 29,3%, Kalimantan Timur 29,1%, Sulawesi Utara 27,8%, Maluku Utara 29,4% dan Papua 28,3%.

Masalah pendek pada balita di Provinsi Sulawesi Selatan menurut Riskesdas (2007) masih cukup tinggi, memiliki prevalensi sangat pendek yaitu 13,9% dan pendek 15,2% sehingga didapatkan prevalensi *Stunting* yaitu 29,1%. Pada Kota Makassar prevalensi sangat pendek yaitu 16,8% dan pendek 10,1% maka prevalensi *Stunting* di Kota Makassar adalah 26,9%. Menurut Riskesdas (2010), prevalensi di Provinsi Sulawesi Selatan untuk kategori sangat pendek 15,8% dan pendek 23,1%, sehingga prevalensi *Stunting* di Provinsi Sulawesi Selatan yaitu 38,9%. Menurut data dari Riskesdas 2010 prevalensi tertinggi *Stunting* berdasarkan kelompok umur terdapat pada kelompok usia 12-23 bulan, selanjutnya prevalensi terendah ditemukan pada umur < 5 bulan. Sedangkan untuk kelompok umur 24-35 bulan prevalensinya sebesar 41%, pada umur 36-47 bulan prevalensi 38% dan pada kelompok umur 6-11 bulan ditemukan 32% *Stunting*.

Menurut Ashiabi & O'Neal (2007) kita menghipotesakan bahwa kemiskinan akan secara langsung dihubungkan dengan kesulitan material. Kesehatan anak-anak dipengaruhi oleh suatu faktor pertemuan, seperti pendapatan keluarga, pelayanan kesehatan, biologi, tingkah laku, dan sociocultural. Dengan memperhatikan fenomena yang ada, serta prevalensi mengenai *Stunting* serta pertumbuhan dan perkembangan nampaknya sangat

berkorelasi dengan pola asuhan. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan pola asuh dengan kejadian *Stunting* anak usia 6-23 bulan.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan pola asuh dengan kejadian *Stunting* anak usia 6-23 bulan di wilayah pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menilai hubungan pola asuh dengan kejadian *Stunting* anak usia 6-23 bulan di wilayah pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menilai adanya hubungan pola asuh dalam praktek pemberian makanan, persiapan dan penyimpanan dengan kejadian *Stunting* anak usia 6-23 bulan di wilayah pesisir.
- b. Untuk menilai adanya hubungan pola asuh psikososial dengan kejadian *Stunting* anak usia 6-23 bulan di wilayah pesisir.
- c. Untuk menilai adanya hubungan pola asuh kebersihan/hygiene dan sanitasi lingkungan dengan kejadian *Stunting* anak usia 6-23 bulan di wilayah pesisir.
- d. Untuk menilai adanya hubungan pola asuh pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kejadian *Stunting* anak usia 6-23 bulan di wilayah pesisir.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil dari penelitian ini secara teoritis diharapkan memberi kontribusi dalam pengetahuan khususnya pengetahuan keilmuan Gizi, khususnya Gizi Kesehatan Ibu dan Anak sehingga dapat menjadi acuan dalam penentuan kebijakan program gizi.

2. Manfaat Praktis

Hasil dari penelitian ini secara praktis dapat digunakan sebagai bahan referensi bagi siapa saja dan sebagai bahan informasi kepada peneliti lainnya dalam penyusunan suatu karya ilmiah dan pengaplikasian ilmu pengetahuan yang diperoleh yang ada kaitannya dengan judul di atas.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini bagi peneliti merupakan pengalaman yang sangat berharga dalam memperluas wawasan, pengetahuan, dan pengalaman serta dapat menerapkan ilmu yang diperoleh selama menempuh pendidikan di bangku kuliah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Stunting

1. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah keadaan kesehatan individu atau kelompok yang ditentukan oleh derajat kebutuhan fisik akan energi dan zat-zat gizi lain yang diperoleh dari pangan dan makanan yang dampak fisiknya diukur secara antropometri (Himawan, 2006). Status gizi dipengaruhi oleh konsumsi pangan keluarga. Bahan keluarga nelayan sangat tergantung pada usaha perikanan, baik perikanan tangkap maupun perikanan budidaya yang banyak mengandung sumber protein yang tinggi, vitamin A, yodium, mineral, dan kandungan asam lemak omega 3 yang sangat dibutuhkan untuk kehidupan dan kesehatan manusia yang dapat memenuhi semua kebutuhan gizi manusia (Matsuo et al, 2009).

Status gizi dan kesehatan ibu dan anak sebagai penentu kualitas sumber daya manusia, semakin jelas dengan adanya bukti bahwa status gizi dan kesehatan ibu pada masa pra-hamil, saat kehamilannya dan saat menyusui merupakan periode yang sangat kritis. Periode seribu hari, yaitu 270 hari selama kehamilannya dan 730 hari pada kehidupan pertama bayi yang dilahirkannya, merupakan periode sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi. Dampak tersebut tidak hanya pada pertumbuhan fisik, tetapi juga pada perkembangan mental dan

kecerdasannya, yang pada usia dewasa terlihat dari ukuran fisik yang tidak optimal serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi. Banyak yang berpendapat bahwa ukuran fisik, termasuk tubuh pendek, gemuk dan beberapa penyakit tertentu khususnya PTM disebabkan terutama oleh faktor genetik. Dengan demikian ada anggapan tidak banyak yang dapat dilakukan untuk memperbaiki atau mengubahnya. Namun berbagai bukti ilmiah dari banyak penelitian dari lembaga riset gizi dan kesehatan terbaik di dunia telah mengubah paradigma tersebut. Ternyata tubuh pendek, gemuk, PTM dan beberapa indikator kualitas hidup lainnya, faktor penyebab terpenting adalah lingkungan hidup sejak konsepsi sampai anak usia 2 tahun yang dapat dirubah dan diperbaiki. (WHO, 1997; Barker, 1995 dalam Buku Kerangka Kebijakan Gerakan 1000 HPK, 2012)

Menurut Supriasa dkk (2002) status gizi anak diukur berdasarkan umur, berat badan dan tinggi badan. Antropometri digunakan untuk mengetahui keseimbangan antara asupan protein dan energi. Metode antropometri terdiri dari berbagai indeks yang dapat digunakan untuk menilai status gizi, diantaranya berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Menurut Riskesdas (2010) Berat kurang, istilah untuk gabungan gizi buruk dan gizi kurang (*underweight*), kependekan, istilah untuk gabungan sangat pendek dan pendek (*Stunting*), kekurusan, istilah untuk gabungan sangat kurus dan kurus (*Wasting*). Tiga indeks antropometrik merupakan indikator yang sering digunakan gizi buruk: BB/U (*underweight*), TB/U (*stunting*), dan BB/TB (*wasting*) (panjang

digunakan jika usia kurang dari dua tahun atau panjang kurang dari 85 cm). Defisit (*z-skor* dibawah -2) dalam salah satu dari indeks mencerminkan kekurangan gizi, dan *z-skor* di bawah -3 mencerminkan bentuk parah dari kondisi itu (Faruque et al, 2008).

2. Pengertian Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambah banyak dan besarnya sel seluruh bagian tubuh yang bersifat kuantitatif dan dapat diukur sedangkan perkembangan adalah bertambah sempurnanya fungsi dari alat tubuh (Depkes RI, 2011).

Pertumbuhan merupakan bertambah besar dalam ukuran fisik akibat berlipat gandanya sel dan bertambah banyaknya jumlah zat antar sel. Pertumbuhan dan perkembangan menyangkut semua aspek kemajuan yang dicapai sejak dalam kandungan hingga dewasa. Pada masa pertumbuhan hingga kelahiran bayi, Berat Badan janin kurang lebih 500 kali lipat. Usia 9 minggu berat janin kurang lebih 6-7 gram, maka pada waktu lahir menjadi 3500 gram. Bayi orang Indonesia memiliki Berat Badan Lahir adalah kurang lebih 3000 gram (Aritonang, 1996).

Menurut WHO 1988 penambahan berat pada anak laki-laki dalam 6 bulan pertama kehidupannya rata-rata 4,5 kg dan pada 6 bulan berikut bertambah 2,4 kg. Pertumbuhan berat pada anak perempuan dalam kurun yang sama berturut 4,0 kg dan 2,3 kg. Pertambahan panjang dalam 6 bulan pertama sebesar 17,3 cm pada anak lelaki dan 16 cm pada anak perempuan. Pada 6 bulan kedua kehidupan di tahun pertama, pertambahan panjang menjadi sekitar 8,3 cm pada laki-laki maupun pada anak perempuan.

3. Pengertian *Stunting*

Stunting merupakan keadaan tubuh yang pendek dan sangat pendek hingga melampaui defisit -2 SD di bawah median panjang atau tinggi badan (Manary & Solomons, 2009).

Stunting dapat didiagnosis melalui indeks antropometrik tinggi badan menurut umur yang mencerminkan pertumbuhan linear yang dicapai pada pra dan pasca persalinan dengan indikasi kekurangan gizi jangka panjang, akibat dari gizi yang tidak memadai dan atau kesehatan. *Stunting* merupakan pertumbuhan linear yang gagal untuk mencapai potensi genetik sebagai akibat dari pola makan yang buruk dan penyakit (ACC/SCN 2000 dalam Fitri 2012).

Stunting berhubungan dengan perkembangan yang buruk pada anak dan berakibat berkurangnya pengetahuan serta prestasi sekolah dibandingkan dengan anak-anak yang normal. *Stunting* dapat mengakibatkan terganggunya fungsi kognitif, terganggunya proses metabolisme, dan terjadinya penurunan produktivitas (Branca & D'Acapito 2005 dalam Fitri 2012).

Stunting adalah masalah gizi utama yang akan berdampak pada kehidupan sosial dan ekonomi dalam dan diantara masyarakat. Ada bukti jelas bahwa individu yang *stunting* memiliki tingkat kematian lebih tinggi dari berbagai penyebab dan terjadinya peningkatan penyakit. *Stunting* akan mempengaruhi kinerja pekerjaan fisik dan fungsi mental dan intelektual akan terganggu (Mann & Truswell, 2002 dalam Fitri 2012). Hal ini juga didukung oleh Jackson & Calder (2004) mengatakan bahwa *stunting* berhubungan dengan gangguan fungsi kekebalan dan akan meningkatkan risiko kematian.

4. Etiologi *Stunting*

Menurut Soekirman (2000) penambahan tinggi badan relatif kurang sensitif terhadap kurang gizi dalam waktu singkat. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama sehingga kejadian *stunting* atau kependekan merupakan indikator kekurangan gizi kronik yang menggambarkan riwayat kurang gizi anak dalam jangka waktu lama dan dapat memberikan gambaran gangguan keadaan sosial ekonomi secara keseluruhan di masa lampau. Kejadian *stunting* muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena hygiene dan sanitasi yang kurang baik (Risikesdas, 2007).

Sementara itu berdasarkan penelitian di Cebu, Filipina, faktor-faktor yang dapat menyebabkan *stunting* pada anak-anak yang juga dapat mengganggu perkembangan kecerdasan anak, antara lain berat badan lahir rendah (BBLR), tidak cukupnya pemberian ASI dan makanan pendamping ASI (sampai usia 2 tahun) dan pengganti ASI (setelah usia 2 tahun), frekuensi mengalami diare dan infeksi pernafasan. Faktor penyebab lainnya adalah pola makan anak yang salah, pelayanan kesehatan yang kurang atau tidak terjangkau, dan sanitasi lingkungan yang tidak memadai, serta kurangnya waktu ibu untuk mengasuh anak dan merawat dirinya selama masa kehamilan. Hal ini sangat penting diperhatikan karena dampak terburuk kekurangan gizi yang dialami pada saat kehamilan maupun 2 tahun pertama usia anak yang merupakan periode *window of opportunity*, akan mengakibatkan kerusakan pada tumbuh kembang otak

yang bersifat permanen. Dampak terburuk kerusakan tersebut meliputi kerusakan pada pertumbuhan otak, kecerdasan, kemampuan belajar, kreativitas, dan produktivitas anak (Syarief dkk, 2007).

Penelitian Mendez dan Adair (1999) menunjukkan anak yang *stunted* mempunyai pencapaian skor test kognitif yang lebih rendah dibandingkan anak dengan tinggi normal. Penelitian Hizni dkk (2009) juga menemukan bahwa kejadian *stunting* pada anak usia dibawah lima tahun mempunyai hubungan nyata dengan perkembangan bahasanya. Penelitian Hall et al (2001) membuktikan bahwa kejadian *stunting* berhubungan dengan pencapaian pada tes matematika dan bahasa di Vietnam. Anak-anak yang *stunted* memiliki nilai tes yang lebih rendah daripada anak-anak yang normal.

Tinggi badan menurut umur (TB/U) atau (PB/U) merupakan parameter yang menggambarkan pertumbuhan skeletal. Indikator TB/U atau PB/U berguna untuk menggambarkan status gizi masa lalu. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh bersamaan dengan bertambahnya umur. TB/U atau PB/U untuk menilai status gizi anak, dengan menggunakan baku antropometri (WHO) World Health Organisation 2005.

Kategori dan ambang batas status gizi anak adalah sebagaimana terdapat dalam tabel berikut (Keputusan MENKES RI, 2010):

Tabel 1.1
Kategori Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0 -60 Bulan	Gizi Buruk	<-3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Gizi Baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi Lebih	>2 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0 -60 Bulan	Sangat Pendek	<-3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0 -60 Bulan	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 0 -60 Bulan	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	>2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Umur 5-18 Tahun	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
	Gemuk	>1 SD sampai dengan 2 SD
	Obesitas	>2 SD

Sumber : MENKES RI, 2010

B. Tinjauan Umum Mengenai Pola Asuh

1. Pengertian Pola Asuh

Pola asuh adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental, dan sosial. Pola pengasuhan anak berupa sikap perlakuan ibu dalam hal kedekatannya dengan

anak, memberikan makanan, merawat, menjaga kesehatan dan kebersihan, memberikan kasih sayang, dan sebagainya (Adi, 2006).

Menurut Depkes RI (2000), pola asuh anak adalah kemampuan seseorang untuk mengambil keputusan yang berdampak luas pada kehidupan seluruh anggota keluarga yang menjadi dasar penyediaan pengasuhan yang tepat dan bermutu pada anak termasuk pengasuhan makanan bergizi. Sering dikatakan bahwa ibu adalah jantung dari keluarga, jantung dalam tubuh merupakan alat yang sangat penting bagi kehidupan seseorang. Apabila jantung berhenti berdenyut maka orang itu tidak bisa melangsungkan hidupnya. Dari perumpamaan ini bisa disimpulkan bahwa kedudukan seorang ibu sebagai tokoh sentral dan sangat penting untuk melaksanakan kehidupan. Pentingnya seorang ibu terutama terlihat sejak kelahiran anaknya (Husain 2008 dalam Hasyuti 2011).

Pengasuhan berasal dari kata asuh (*to rear*) yang mempunyai makna menjaga, merawat dan mendidik anak yang masih kecil. Wagnel dan Funk menyebutkan bahwa mengasuh itu meliputi menjaga serta memberi bimbingan menuju pertumbuhan ke arah kedewasaan. Pengertian lain diutarakan oleh Webster yang mengatakan bahwa mengasuh itu membimbing menuju ke pertumbuhan ke arah kedewasaan dengan memberikan pendidikan, makanan dan sebagainya terhadap mereka yang di asuh. Larangan maupun keharusan terhadap pola pengasuhan anak beraneka ragam. Di negara timur seperti Indonesia, keluarga besar masih lazim dianut dan peran ibu seringkali di pegang oleh beberapa orang lainnya seperti nenek, keluarga dekat atau saudara serta dapat juga di asuh oleh pembantu (Husain 2008 dalam Hasyuti 2011).

International Conference on Nutrition (1992 dalam Masithah dkk, 2005) mendefinisikan Pengasuhan sebagai suatu kesepakatan dalam rumah tangga dalam hal pengalokasian waktu, perhatian dan dukungan untuk memenuhi kebutuhan fisik, mental dan sosial dalam tumbuh kembang anak dan anggota keluarga lainnya (Engel et al, 1997). Pada umumnya di negara-negara berkembang pelaku utama pengasuhan bagi bayi dan anak balita dalam rumah tangga adalah ibu. Hasil penelitian Rogers dan Youssef (1988 dalam Masithah dkk, 2005) menunjukkan bahwa ibu memberikan alokasi waktu yang lebih banyak dalam pengasuhan anak, selanjutnya adalah wanita lainnya dalam keluarga misalnya nenek, bibi dan kakak perempuan. Praktek pengasuhan yang memadai sangat penting tidak hanya bagi daya tahan anak tetapi juga mengoptimalkan perkembangan fisik dan mental anak serta baiknya kondisi kesehatan anak. Pola asuh anak merupakan perilaku yang dipraktikkan oleh pengasuh (ibu, bapak, nenek atau orang lain) dalam pemberian makanan, pemeliharaan kesehatan, pemberian stimulasi, serta dukungan emosional yang dibutuhkan anak untuk tumbuh kembang. Kasih sayang dan tanggung jawab orang tua juga termasuk pola asuh anak (Asrar dkk, 2009 dalam Hasyuti 2011).

Dalam UNICEF et al (2010) dalam hal kependekan pada anak intervensi berbasis masyarakat dan pemberdayaan masyarakat lokal sangat penting. Karena mereka semua tergantung pada praktek keluarga terbaik dan perubahan perilaku, ini intervensi berbasis masyarakat harus disampaikan dalam pendekatan terpadu melalui paket masyarakat termasuk gizi, hygiene dan

sanitasi, pencegahan dan pengelolaan penyakit masa kanak-kanak (pneumonia, diare dan malaria pada khususnya).

Kerangka konseptual yang dikemukakan oleh UNICEF yang dikembangkan lebih lanjut oleh Engle et al (1997) menekankan bahwa tiga komponen makanan, kesehatan, dan asuhan merupakan faktor-faktor yang berperan dalam menunjang pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Engle et al (1997) mengemukakan bahwa pola asuh meliputi 6 hal yaitu, (1) perhatian/dukungan ibu terhadap anak, (2) pemberian ASI atau makanan pendamping pada anak, (3) rangsangan psikososial terhadap anak, (4) persiapan dan penyimpanan makanan, (5) praktek kebersihan atau higiene dan sanitasi lingkungan serta (6) perawatan anak dalam keadaan sakit seperti pencari pelayanan kesehatan.

2. Pola Pengasuhan Anak

Teori *positive deviance* (Zeitlin et al, 1990) menyatakan bahwa berbagai stimulus yang rutin diberikan oleh ibu atau pengasuh terhadap bayi, baik stimulus visual, verbal dan auditif akan dapat menyebabkan stimulasi growth hormone, metabolisme energi menjadi normal dan imun respon lebih baik. Peranan pengasuhan ini pertama kali diidentifikasi dalam Joint Nutrition Support Program in Iringa, Tanzania dan kemudian digunakan pada berbagai studi *positive deviance* di berbagai negara. Pola pengasuhan anak adalah pengasuhan anak dalam pra dan pasca kelahiran, pemberian ASI, pemberian makanan, dan pengasuhan bermain (Hamzat A, 2000).

Menurut Jus'at (2000) pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh dan berkembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental dan sosial. Fungsi ini meliputi pemenuhan kebutuhan dasar anak seperti pemberian makanan, mandi, dan menyediakan dan memakaikan pakaian buat anak. Termasuk didalamnya adalah monitoring kesehatan si anak, menyediakan obat, dan merawat serta membawanya ke petugas kesehatan professional, hiburan, pendidikan, sosialisasi, penerimaan informasi pandangan serta nilai dari pengasuh mereka (O'Connel 1994 dalam Bahar 2002). Berdasar pengertian tersebut "pengasuhan" pada dasarnya adalah suatu praktek yang dijalankan oleh orang lebih dewasa terhadap anak yang dihubungkan dengan pemenuhan kebutuhan pangan/gizi, perawatan dasar (termasuk imunisasi, pengobatan bila sakit), rumah atau tempat yang layak, hygiene perorangan, sanitasi lingkungan, sandang, kesegaran jasmani (Soetjningsih, 1995). Pola pengasuhan anak berkaitan erat dengan keadaan ibu terutama kesehatan, pendidikan, pengetahuan, sikap dan praktik tentang pengasuhan anak (Suharsih, 2001).

Perawatan atau pola pengasuhan ibu terhadap anak yang baik merupakan hal yang sangat penting, karena akan mempengaruhi proses tumbuh kembang balita. Pola pengasuhan ibu terhadap anaknya berkaitan erat dengan keadaan ibu terutama kesehatan, pendidikan, pengetahuan dan keterampilan tentang pengasuhan anak (WHO dalam Suharsi 2001). Menurut Rahayu (2001) anak yang diasuh dengan baik oleh ibunya akan lebih berinteraksi secara positif dibandingkan bila diasuh oleh selain ibunya. Pola pengasuhan anak akan

berkaitan dengan keadaan gizi anak dan usaha ibu merangsang anak untuk makan turut menentukan volume makan pada anak (Jus'at, 2000).

3. Kecelakaan Rumah Tangga dan Mengamankan Rumah Bagi Anak

Standway (1992), mengatakan khususnya umur yang masih sangat muda karena mereka dalam proses pembelajaran. Kebanyakan kecelakaan terjadi di dapur (16%) dan diruang keluarga (11%). Menurut Ongkie (1987), bila masalah kecelakaan ditinjau secara sistematis, terjadinya memerlukan interaksi antara individu, lingkungan dan benda penyebab kecelakaan.

Ketika kemampuan fisik dan mental bayi semakin berkembang, mengamankan rumah untuknya adalah isu penting dan rumit. Setiap ibu menginginkan bayinya aman dari bahaya, misalnya keracunan, terbakar, melepuh, tenggelam, tersayat atau jatuh dari tangga. Selain itu perlu melindungi rumah dari kemungkinan kerusakan yang bisa ditimbulkan oleh bayi yang penuh rasa ingin tahu. Kiatnya adalah memandangi rumah dari mata (dan ketinggian) seorang anak. Berikut ini adalah beberapa bahaya yang harus dihindarkan menurut Hogg and Blau (2002) : Keracunan. Singkirkan semua cairan pembersih dan bahan berbahaya dari bawah dan simpan di lemari yang tinggi. Terjerat. Jauhkan tali gorden, kabel listrik, kabel telepon dari jangkauan anak-anak dengan menjepitnya atau merekatkannya. Sengatan listrik, tutup semua lubang stop kontak. Tenggelam. Jangan pernah meninggalkan anak sendirian di bak/baskom mandi. Berat tubuh bayi masih belum seimbang. Terbakar dan melepuh. Usahakan tempatkan kompor jauh dari jangkauan anak. Jatuh dan kecelakaan pada tangga. Kecelakaan ditempat tidur. Bayi aktif bisa

berguling dan menguasai tempat tidur. Tempatkan bantal guling mengelilingi tubuhnya.

C. Tinjauan Umum Mengenai Hubungan Perhatian/Dukungan Ibu Dalam Praktek Pemberian Makanan, Persiapan dan Penyimpanan

1. Pemberian Makanan Pada Anak

Menurut Husaini (2000), peran keluarga terutama ibu dalam mengasuh anak akan menentukan tumbuh kembang anak. Perilaku ibu dalam menyusui atau memberi makan, cara makan yang sehat, memberi makanan yang bergizi dan mengontrol besar porsi yang dihabiskan akan meningkatkan status gizi anak. Menyusui dan praktek pemberian makan adalah pokok kelangsungan hidup anak-anak dan perkembangan. Praktek pemberian makan mempunyai suatu dampak pada pertumbuhan fisik, yang mana adalah ketika salah satu indikator terbaik anak-anak adalah kesejahteraan/kesehatan (Sawadogo et al, 2006).

Untuk tumbuh dengan baik tidak cukup dengan memberinya makan, asal memilih menu makanan dan asal menyuapi anak nasi. Akan tetapi anak membutuhkan sikap orangtuanya dalam memberi makan. Semasa bayi, anak hanya menelan apa saja yang diberikan ibunya. Sekalipun yang ditelannya itu tidak cukup dan kurang bergizi. Anak tidak tahu mana makanan terbaik dan mana makanan yang boleh dimakan. Wanita yang bekerja diluar rumah biasanya dalam hal menyusun menu tidak terlalu memperhatikan keadaan gizinya, tetapi cenderung menekankan dalam jumlah atau banyaknya makanan.

Selama bekerja ibu cenderung mempercayakan anak mereka diawasi oleh anggota keluarga lainnya yang biasanya adalah nenek, saudara perempuan atau anak yang sudah besar bahkan orang lain yang diberi tugas untuk mengasuh anaknya (Sunarti, 1989).

Menurut hasil penelitian Hidayat dan Uliyah (2007) dari pertumbuhan anak balita nelayan yang terganggu hampir sebagian besar adalah perempuan 66,7% dan memiliki saudara kandung 1-2 orang sebanyak 61,1%. Dari hasil penelitian tersebut adanya kecenderungan keyakinan bahwa anak laki-laki lebih diutamakan dalam proses tumbuh kembang, karena diharapkan sebagai tumpuhan keluarga sedangkan perempuan cenderung diabaikan, perbedaan ini mungkin akibat pola asuh yang berbeda. Sedangkan jumlah saudara kandung dapat berpengaruh dalam proses pertumbuhan hal ini dapat diasumsikan akibat pola asuh makan yang berhubungan dengan jumlah anggota keluarga (anak balita) dibandingkan dengan persediaan makan. Selain pengaruh susunan makanan, keterampilan, pengaturan pola makan anak balita dan kemampuan ibu dalam mengatur menu seimbang, menurut Sukirman (2000 dalam Bascom 2010), salah satu penyebab mendasar masalah gizi adalah terjadinya bencana alam, Yang mempengaruhi ketidakseimbangan antara asupan makanan dan adanya penyakit infeksi. Dilihat dari potensi bencana alam, Indonesia sebagai Negara Maritim yang terdiri dari dua pertiga bagian laut, rentan terhadap bencana alam. Hampir seluruh bencana alam yang terjadi merupakan bencana alam pesisir, berupa topan/badai, abrasi pantai, dan gempa bumi (Direktur jenderal Kelautan Pesisir dan Pulau-Pulau Kecil, 2009).

a. Pemberian Asi

Bila ibu dan bayi sehat, ASI hendaknya secepatnya diberikan karena ASI merupakan makanan terbaik dan dapat memenuhi kebutuhan gizi selama 3-4 bulan pertama. ASI yang diproduksi pada 1-5 hari pertama dinamakan kolostrum, yaitu cairan kental yang berwarna kekuningan. Kolostrum ini sangat menguntungkan bayi karena mengandung lebih banyak antibodi, protein, mineral dan vitamin A. Pemberian ASI tidak dibatasi dan dapat diberikan setiap saat terutama ASI eksklusif (As'ad, 2002). ASI eksklusif adalah bayi yang diberi ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur, biskuit dan tim. (Roesli, 2000).

Dengan menggunakan data dari laporan UNICEF tentang Kemajuan Pelacakan pada Anak dan Gizi Ibu 2009 dan dari Lancet Gizi, Seri 2008 dan kemajuan terbaru dalam pemrograman, gambaran situasi gizi global yang diberikan dan kesimpulan berikut dibuat dengan fokus pada ibu dan anak gizi di Asia, yaitu pentingnya melihat hambatan terus untuk mempertahankan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan saat terjadinya pengerdilan terlihat dikutip dari Victora (2010 dalam UNICEF et al 2010) dan kedua karakteristik yang tidak diinginkan pengenalan makanan pendamping ASI (terlalu dini dan pengenalan terlambat makanan) sebagai konseling akan berbeda dalam setiap kasus; pentingnya menangani pengerdilan yang merupakan penyebab utama kematian anak dinegara

berkembang dan khususnya di Asia di mana prevalensi pengerdilan sangat tinggi di banyak negara pentingnya mencegah pengerdilan melalui perbaikan praktek makanan pendamping ASI.

b. Pemberian MP-ASI

Bayi sehat pada umumnya tidak memerlukan makanan tambahan sampai usia 6 bulan. Pada keadaan-keadaan khusus dibenarkan untuk mulai memberi makanan padat setelah bayi berumur 4 bulan tetapi belum mencapai 6 bulan. Misalnya karena terjadi peningkatan berat badan bayi yang kurang dari standar atau didapatkan tanda-tanda lain yang menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif tidak berjalan dengan baik. Namun, sebelum diberi makanan tambahan sebaiknya coba diperbaiki dahulu cara menyusuinya. Apabila setelah 1-2 minggu ternyata upaya perbaikan tersebut tidak menyebabkan peningkatan berat badan, maka pemberian makanan tambahan atau padat diberikan bagi bayi berusia diatas 4 bulan (Roesli, 2000).

2. Ketahanan Pangan Keluarga

Definisi ketahanan pangan mengatakan bahwa setiap orang harus akses terhadap pangan yang cukup jumlah dan mutunya untuk memenuhi kebutuhan gizi. Ukuran pemenuhan kebutuhan gizi yang dipakai sampai saat ini terbatas pada kecukupan energi diatas 70% kebutuhan. Ketahanan pangan di keluarga (*household food security*) adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya (Ayu, 2008).

Meskipun penting, pertumbuhan ekonomi saja tidak cukup untuk mengurangi pendak; oleh karena itu disarankan bahwa intervensi gizi yang lebih spesifik harus diletakkan di tempat untuk mengatasi pengerdilan bersama dengan langkah-langkah penanggulangan kemiskinan. Kenaikan harga bisa membatasi kemampuan pengasuh untuk menyediakan makanan berkualitas menghubungkan nutrisi intervensi untuk perlindungan sosial dan skema mata pencaharian telah terbukti efektif (UNICEF et al, 2010).

3. Persiapan dan Penyimpanan Makanan

Pada saat mempersiapkan makanan, kebersihan makanan perlu mendapat perhatian khusus. Makanan yang kurang bersih dan sudah tercemar dapat menyebabkan diare atau cacingan pada anak. Menurut Soenardi (2000), yang perlu diperhatikan dalam mempersiapkan dan menyimpan makanan adalah (1) Simpan makanan dalam keadaan bersih, hindari pencemaran dari debu dan binatang. (2) Alat makan dan memasak harus bersih. (3) Ibu atau anggota keluarga yang memberikan makanan harus mencuci tangan dengan sabun sebelum memberi makan. (4) Makanan selingan sebaiknya dibuat sendiri.

Menurut Wadana dkk (2008) faktor sosial ekonomi yaitu tingkat pengetahuan ibu tentang penyebab KEP Timbulnya malnutrisi pada balita tidak lepas dari pengetahuan ibu tentang gizi baik dari segi kebiasaan pola makan, kebersihan, kualitas dan kuantitas yang akan mempengaruhi gizi balitanya. Beberapa pakar pendidikan gizi seperti Green, Mantra dan Rogers berpendapat bahwa disamping pendidikan, tingkat pengetahuan ibu tentang gizi sangat berpengaruh terhadap praktek gizi ibu dalam rumah tangga. Jenis pekerjaan ibu

dan pola asuh balita. Pekerjaan ibu yang banyak memakan waktu sedikit banyak berpengaruh pada komunikasi diantara keduanya. Tingkat penghasilan, rendahnya daya beli masyarakat merupakan halangan utama yang akan berpengaruh terhadap asupan nutrisi keluarga dari segi kualitas maupun kuantitasnya.

Menurut teori Sediaoetama (2000), tingkat pendidikan turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi dan kesehatan. Selain itu pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan yang baik maka orang tua dapat menerima segala informasi tentang cara pengasuhan anak yang baik. Pada umumnya jika pendapatan naik jumlah dan jenis makanan cenderung juga membaik. Status gizi seseorang dipengaruhi oleh konsumsi pangan keluarga. Keluarga nelayan sangat bergantung pada usaha perikanan. Apa bila pendapatan rendah maka makanan yang dikonsumsi tidak mempertimbangkan nilai gizi, tetapi nilai materi lebih menjadi pertimbangan.

4. Jarak Kelahiran Anak

Jarak kelahiran anak yang terlalu dekat dan jumlah anak yang terlalu banyak akan mempengaruhi asupan zat gizi dalam keluarga, kesulitan mengurus, dan kurang bisa menciptakan suasana tenang di rumah. Kasus kurang gizi lebih banyak ditemukan pada keluarga besar dibandingkan keluarga kecil. Jumlah anak yang kelaparan dari keluarga besar hampir 4 kali lebih banyak dibandingkan jumlah dari jumlah anak yang keluarga kecil. Diharapkan dengan keluarga kecil selain kesejahteraan lebih terjamin maka kebutuhan akan

pangan juga akan lebih baik terpenuhi daripada keluarga dengan jumlah besar (Anderson et al, 2008).

D. Tinjauan Umum Mengenai Rangsangan Psikososial

Rangsangan psikososial adalah rangsangan berupa perilaku seseorang terhadap orang lain yang ada di sekitar lingkungannya seperti orang tua, saudara kandung dan teman bermain (Atkinson dkk, 1991).

Peran ibu dalam mendidik anak memang lebih besar ketimbang seorang ayah. Riset terbaru di AS menunjukkan anak di bawah pangkuan atau didikan ibu yang lebih matang, akan mempunyai otak lebih cemerlang. Mulai sejak lahir bahkan masih dalam kandungan, seorang ibu sudah memberikan didikan bagi Sang buah hatinya, namun kebanyakan mereka tidak menyadari. Sikap ibu yang penuh dengan kasih sayang, memberi kesempatan pada anak untuk memperkaya pengalaman, menerima, menghargai, dan dapat menjadi teladan yang positif bagi anaknya akan besar pengaruhnya terhadap perkembangan pribadi anak (Widodo 2009 dalam Yani dkk, 2011).

Menurut Megawangi (2007 dalam Hastuti ; Fiernanti & Guhardja, 2011) terdapat faktor penunjang kesuksesan seseorang, diantaranya adalah kecerdasan kognitif, sedangkan yang lainnya adalah kematangan sosial emosi. Kematangan sosial emosi ini dibutuhkan oleh individu untuk dapat menanggulangi tekanan-tekanan dan tidak mudah frustasi dengan keadaan yang ada disekitarnya. Kematangan sosial emosi harus ditanamkan sejak dini. (Patmonodewo, 2001) menyatakan bahwa pemberian stimulasi yang dilakukan pada tahun-tahun

pertama sejak kelahiran anak dapat memberikan dasar kualitas untuk kehidupan dalam waktu yang lama dan menentukan kesehatan jangka panjang. Pemberian stimulasi sosial emosi pada anak tidak terlepas dari peran pengasuhan psikososial yang dilakukan oleh keluarga.

Fahmida (2003) yang mengutip pendapat Myers mengemukakan konsep bahwa kesehatan dan status gizi tidak saja menentukan tapi juga ditentukan oleh kondisi psikososial. Konsep ini selaras dengan penelitian sebelumnya oleh Zeitlin et al, (1990) yang meneliti anak-anak yang tetap tumbuh dan berkembang dengan baik dalam keterbatasan lingkungan dimana sebagian besar anak lainnya mengalami kekurangan gizi. Diperkirakan bahwa kondisi psikososial yang buruk dapat berpengaruh negatif terhadap penggunaan zat gizi didalam tubuh, sebaliknya kondisi psikososial yang baik akan merangsang hormon pertumbuhan sekaligus merangsang anak untuk melatih organ-organ perkembangannya. Selain itu, asuhan psikososial yang baik berkaitan erat dengan asuhan gizi dan kesehatan yang baik pula sehingga secara tidak langsung berpengaruh positif terhadap status gizi, pertumbuhan dan perkembangan (Engle et al, 1997).

Beberapa informasi mutakhir menunjukkan bahwa intervensi psikososial meningkatkan perkembangan kognitif anak. Program untuk memperbaiki dorongan psikososial melalui pendidikan orang tua tentang interaksi orang tua dan anak melalui kegiatan kunjungan rumah telah dapat menurunkan angka kurang gizi pada anak balita (Anwar, 2008).

E. Tinjauan Umum Mengenai Kebersihan/Hygiene dan Sanitasi Lingkungan

1. Kebersihan dan Sanitasi Lingkungan

Kekurangan gizi adalah suatu latar belakang faktor kematian dari diare, campak, infeksi/peradangan berhubung pernapasan akut, radang selaput (otak, sumsum belakang) dan malaria. Di Etiopia, 47%, 11% dan 38% tentang anak-anak di bawah lima tahun usia adalah kerdil, berturut-turut disia-siakan dan terlalu ringan (Wondafrash et al, 2012).

Depkes RI mengemukakan bahwa pola pengasuhan yang diberikan ibu pada anak berhubungan dengan keadaan kesehatan (baik fisik maupun mental), status gizi, pendidikan, pengetahuan dan keterampilan, peran dalam keluarga dan adat kebiasaan dari ibu. Status kesehatan merupakan salah satu aspek pola asuh yang dapat mempengaruhi status gizi anak kearah membaik. Status kesehatan anak dapat ditempuh dengan cara memperhatikan keadaan gizi anak, kelengkapan imunisasinya, kebersihan diri anak dan lingkungan dimana anak berada serta upaya ibu dalam hal mencari pengobatan terhadap anak apabila anak sakit (Amin dkk, 2004 dalam Hasyuti 2011). Hygiene dan sanitasi intervensi, bahkan pada 36 bulan, dapat juga berkontribusi terhadap pengurangan prevalensi pengerdilan (UNICEF et al, 2010)

Widaninggar (2003) menyatakan kondisi lingkungan anak harus benar-benar diperhatikan agar tidak merusak kesehatan. Kebutuhan ruang (bermain anak), pergantian udara, sinar matahari, penerangan, air bersih, pembuangan sampah/limbah, kamar mandi dan jamban/ WC dan halaman rumah. Kebersihan perorangan maupun kebersihan lingkungan memegang peranan penting bagi

tumbuh kembang anak. Kebersihan perorangan yang kurang akan memudahkan terjadinya penyakit-penyakit kulit dan saluran pencernaan seperti diare dan cacangan. Sedangkan kebersihan lingkungan erat hubungannya dengan penyakit saluran pernafasan, saluran pencernaan, serta penyakit akibat nyamuk.

Menurut Soetjiningsih (1995), keadaan perumahan yang layak dengan konstruksi bangunan yang tidak membahayakan penghuninya akan menjamin keselamatan dan kesehatan penghuninya yaitu ventilasi dan pencahayaan yang cukup, tidak sesak, cukup leluasa bagi anak untuk bermain dan bebas polusi. Sulistijani (2001) mengatakan bahwa lingkungan sehat terkait dengan keadaan bersih, rapi dan teratur. Oleh karena itu, anak perlu dilatih untuk mengembangkan sifat-sifat sehat seperti berikut : (1) Mandi 2 kali sehari, (2) Cuci tangan sebelum dan sesudah makan, (3) Makan teratur 3 kali sehari, (4) Menyikat gigi sebelum tidur dan (5) Buang air kecil pada tempatnya / WC. Awalnya mungkin anak keberatan dengan berbagai latihan tersebut. Namun, dengan latihan terus-menerus, kasih sayang dan dukungan orang tua, anak akan menerima kebijaksanaan dan tindakan disiplin tersebut.

2. Penyediaan Air Bersih dan Sanitasi

Faktor penyebab kurang gizi termasuk anak pendek adalah infeksi, terutama diare. Tiap tahun 20 persen kematian balita disebabkan karena diare yang disebabkan oleh air minum yang tercemar bakteri. Data dari *Water Sanitation Program* (WSP) World Bank tahun 2008 menunjukkan bahwa masih tingginya angka kematian bayi dan balita, serta kurang gizi sangat terkait dengan masalah kelangkaan air bersih dan sanitasi. Telah dibuktikan bahwa

cuci tangan dengan air bersih dan sabun mengurangi kejadian diare 42-47 persen. Dengan demikian program air bersih dan sanitasi tidak diragukan sangat sensitif terhadap pengurangan resiko infeksi (Bappenas, 2012).

3. Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi yang berkaitan dengan tingginya kejadian penyakit menular terutama diare dan penyakit pernapasan akut (ISPA). Faktor ini banyak terkait mutu pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi, kualitas lingkungan hidup dan perilaku hidup sehat. Kualitas lingkungan hidup terutama adalah ketersediaan air bersih, sarana sanitasi, perilaku hidup sehat seperti kebiasaan cuci tangan dengan sabun, buang air besar di jamban, tidak merokok, sirkulasi udara dalam rumah dan sebagainya (Bappenas, 2012).

Menurut teori Moehdji (2003), terjadinya penyakit infeksi akan mempengaruhi status gizi dan mempercepat malnutrisi. Penyakit infeksi menyebabkan penyerapan zat gizi dari makanan juga terganggu, sehingga nafsu makan hilang dan mendorong terjadinya gizi kurang atau gizi buruk bahkan kematian (Cundi & Harris, 2006).

Berikut penyakit infeksi yang sering dialami oleh anak (Rahmah 2010 dalam Hasyuti 2011):

a. Infeksi saluran pernafasan

Infeksi saluran pernafasan meliputi penyakit saluran pernafasan bagian atas dan saluran pernafasan bagian bawah beserta adenoxanya dari seluruh kematian balita. Depkes RI (2002) menyatakan Istilah ISPA mengandung tiga unsur yaitu infeksi, saluran pernapasan dan akut. Infeksi

adalah masuknya kuman atau mikroorganisme ke dalam tubuh manusia dan berkembang biak sehingga menimbulkan gejala penyakit. Terjadinya infeksi saluran pernapasan pada anak disamping adanya bibit penyakit, juga dipengaruhi oleh faktor anak itu sendiri, seperti anak yang belum mendapat imunisasi campak dan kontak dengan asap dapur, serta kondisi perumahan yang ditempatinya (Depkes RI, 1996).

b. Diare

Sampai saat ini penyakit diare masih menjadi masalah kesehatan dunia terutama di negara berkembang. WHO memperkirakan 4 milyar kasus terjadi di dunia pada tahun 2000 dan 2,2 juta diantaranya meninggal, sebagian besar anak-anak dibawah umur 5 tahun (Adisasmito 2007 dalam Hasyuti 2011). Diare diartikan sebagai penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi buang air besar lebih dari biasanya (lebih dari tiga kali per hari) dan disertai dengan perubahan konsistensi tinja (menjadi cair), baik disertai keluarnya darah dan lender maupun tidak (Suraatmaja 2007 dalam Hasyuti 2011).

F. Tinjauan Umum Mengenai Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

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

bersih. Tidak terjangkaunya pelayanan kesehatan (karena jauh dan atau tidak mampu membayar), kurangnya pendidikan dan pengetahuan merupakan kendala masyarakat dan keluarga memanfaatkan secara baik pelayanan kesehatan yang tersedia. Hal ini dapat berdampak juga pada status gizi anak (Ayu, 2008). Kesehatan anak harus mendapat perhatian dari para orang tua yaitu dengan cara segera membawa anaknya yang sakit ketempat pelayanan kesehatan yang terdekat (Soetjiningsih, 1995).

Jika anak sering menderita sakit dapat menghambat atau mengganggu proses tumbuh kembang anak. Status kesehatan merupakan salah satu aspek pola asuh yang dapat mempengaruhi status gizi anak kearah membaik. Status kesehatan anak dapat ditempuh dengan cara memperhatikan keadaan gizi anak, kelengkapan imunisasinya, kebersihan diri anak dan lingkungan dimana anak berada, serta upaya ibu dalam hal mencari pengobatan terhadap anak apabila anak sakit. Jika anak sakit hendaknya ibu membawanya ketempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik, puskesmas dan lain-lain (Zeitlin et al, 1990).

Puskesmas adalah salah satu bentuk dari pelayanan kesehatan primer, terintegrasi antara segi kesehatan penyakit umum dan pencegahan penyakit dalam rangka penanggulangan masalah-masalah kesehatan dan peningkatan status kesehatan masyarakat (Anonymous 2008 dalam Yogiswara & Margawati 2011).

Program Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) adalah salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dikelola dan

diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam menyelenggarakan perkembangan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Adisasmito, 2007).

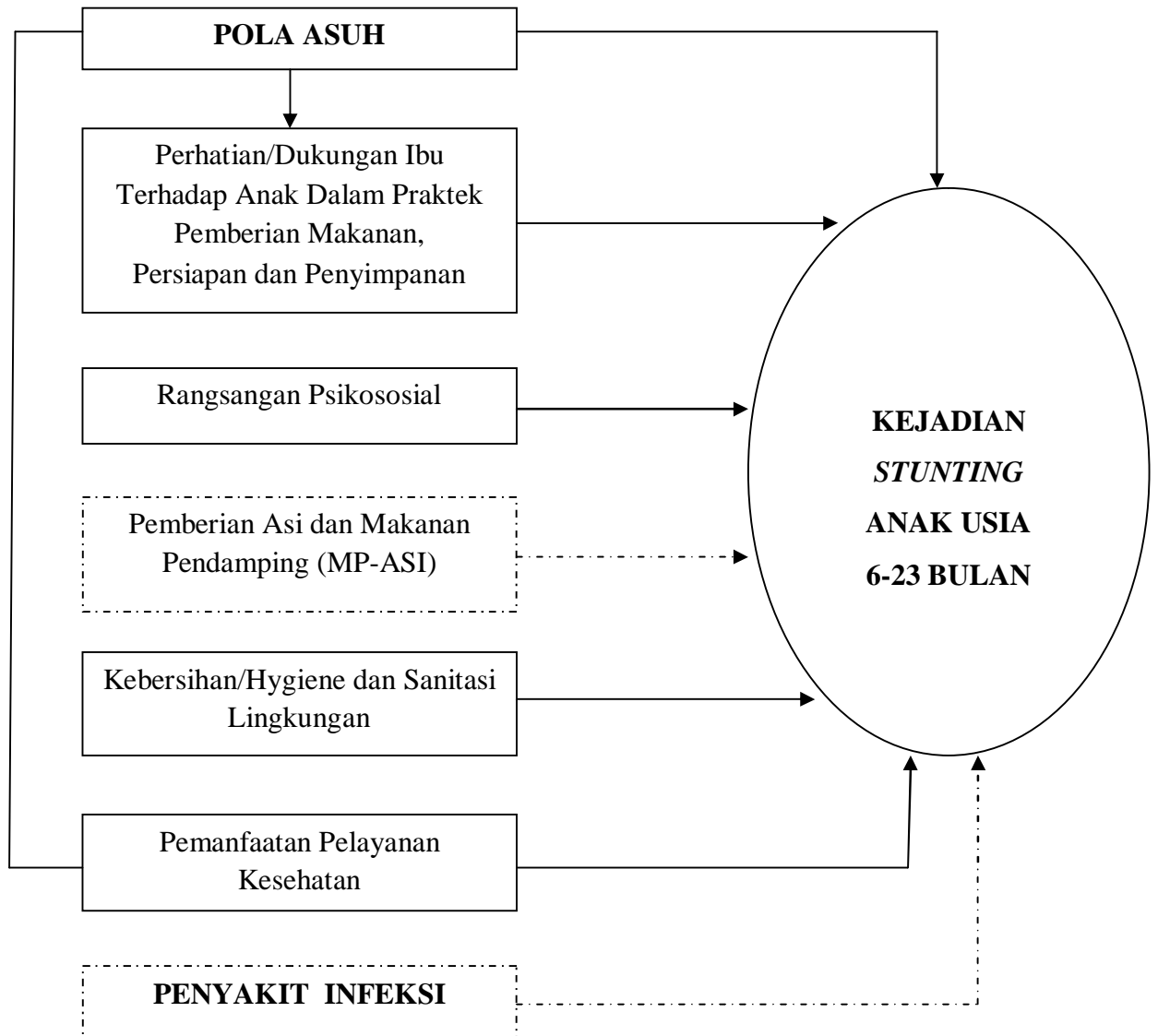
Menurut data dari Riskesdas 2007 Sulawesi Selatan, hal yang berkaitan dengan masalah gizi balita yang perlu diketahui adalah pemantauan pertumbuhan yang dilakukan di Posyandu sebagai tempat yang paling banyak dikunjungi untuk penimbangan balita. Di Sulawesi Selatan 73% balita melakukan pemantauan pertumbuhan dalam enam bulan terakhir, 39,8% diantaranya menggunakan Posyandu untuk memantau pertumbuhan lebih dari 4 kali. Terdapat hubungan positif antara tingkat pendidikan kepala keluarga dengan cakupan imunisasi lengkap. Makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga makin tinggi cakupan imunisasi lengkap. Menurut penelitian yang dilaksanakan di beberapa negara tahun 1997-2004, model pertumbuhan anak yang ideal adalah bayi yang mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan dan pola pertumbuhan anak perempuan dan laki-laki berbeda nyata. Berdasarkan temuan tersebut, Departemen Kesehatan telah mengembangkan KMS baru menggunakan standar WHO tahun 2005 yang dibedakan untuk balita perempuan dan laki-laki (Suwandono A, 2006 dalam Yogiswara & Margawati 2011).

Pemantauan tumbuh kembang anak meliputi pemantauan dari aspek fisik, psikologi, dan sosial. Pemantauan tersebut harus dilakukan secara teratur dan berkesinambungan. Pengukuran dalam waktu tertentu bertujuan untuk

mendeteksi apabila terdapat gangguan pertumbuhan yang dialami oleh anak tersebut (Satoto, 1990). Sejauh ini pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak pada keluarga nelayan masih kurang mendapat perhatian, mengingat kurangnya pengetahuan pada masyarakat dalam hal ini adalah keluarga dalam memantau sejak dini masalah pertumbuhan dan perkembangan (Hidayat & Uliyah, 2007).

Imunisasi adalah salah satu upaya untuk meningkatkan kekebalan tubuh dan pemberantasan penyakit menular (Ranuh, 2001). Pemberian imunisasi pada balita tidak hanya memberikan pencegahan terhadap anak tersebut, tetapi akan memberikan dampak yang jauh lebih luas karena akan mencegah terjadinya penularan yang luas (Peter, 2002). Penolakan orang tua dalam pemberian imunisasi ini dikarenakan anggapan yang salah yang berkembang di masyarakat tentang imunisasi, tingkat pengetahuan yang rendah, dan kesadaran yang kurang terhadap imunisasi (Apriyani, 2011).

H. Kerangka Konsep



- Keterangan :**
- = Variabel Independen
 - = Variabel Dependen
 - = Variabel Yang Diteliti
 - = Variabel Yang Tidak Diteliti

I. Definisi Operasional Dan Kriteria Objektif

1. Pola asuh adalah suatu tindakan memberikan perhatian yang penuh serta kasih sayang pada anak mencakup :

- a. Perhatian/dukungan ibu terhadap anak dalam praktek pemberian makanan, persiapan dan penyimpanan adalah gambaran mengenai sikap ibu dalam memilih makanan, menyusun menu makanan, memberi makan, serta penyimpanan makanan.

Kriteria Objektif :

Cukup : Bila skor jawaban responden $\geq 62,5\%$

Kurang : Bila skor jawaban responden $< 62,5\%$

- b. Rangsangan psikososial adalah perlakuan ibu terhadap anak dalam hal penjagaan dan pengawasan anak, waktu ibu memandikan, memberi makan, menggendong anak dan penyediaan mainan.

Kriteria Objektif :

Cukup : Bila skor jawaban responden $\geq 62,5\%$

Kurang : Bila skor jawaban responden $< 62,5\%$

- c. Kebersihan/hygiene dan sanitasi lingkungan adalah apa yang dilakukan oleh orangtua untuk menjaga kesehatan anak dalam kebersihan dan lingkungan anak meliputi keadaan rumah, air bersih, pembuangan sampah, serta kebersihan dan perawatan badan anak.

Kriteria Objektif :

Cukup : Bila skor jawaban responden $\geq 66,6\%$

Kurang : Bila skor jawaban responden $< 66,6\%$

d. Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah apa yang dilakukan oleh orangtua ketika anak sakit dan membutuhkan perawatan dalam keadaan sakit sehingga orangtua membawa anak pada pelayanan kesehatan terdekat seperti salah satunya adalah puskesmas.

Kriteria Objektif :

Cukup : Bila skor jawaban responden $\geq 62,5\%$

Kurang : Bila skor jawaban responden $< 62,5\%$

Sumber: Sugiyono, 2001

e. *Stunting* merupakan pertumbuhan anak yang terganggu atau tidak bertumbuh dan berkembang dengan baik serta menerima pola asuh yang salah sehingga tinggi badan atau panjang badan anak tidak sesuai dengan kriteria yang seharusnya sehingga anak dikatakan pendek.

Kriteria objektif :

Sangat Pendek : $< -3,0$ SD

Pendek : $-3,0$ s/d < -2 SD

Normal : -2 SD s/d 2 SD

Tinggi : > 2 SD

Sumber: MENKES RI, 2010

J. Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis Nol (Ho)

Ho : Tidak ada hubungan antara perhatian/dukungan ibu terhadap anak dalam praktek pemberian makanan, persiapan dan penyimpanan dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan.

Ho : Tidak ada hubungan antara rangsangan psikososial dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan.

Ho : Tidak ada hubungan antara kebersihan/hygiene dan sanitasi lingkungan dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan.

Ho: Tidak ada hubungan antara perawatan baduta dalam keadaan sakit dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan.

2. Hipotesis Alternatif (Ha)

Ha : Ada hubungan antara perhatian/dukungan ibu terhadap anak dalam praktek pemberian makanan, persiapan dan penyimpanan dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan.

Ha : Ada hubungan antara rangsangan psikososial dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan.

Ha : Ada hubungan antara kebersihan/hygiene dan sanitasi lingkungan dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan.

Ha: Ada hubungan antara perawatan baduta dalam keadaan sakit dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan.