

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN RISIKO KEJADIAN
STUNTING PADA ANAK USIA 12-36 BULAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BUA KABUPATEN LUWU**

SANDY PRATAMA AKSAN

K211 13 012



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

**DEPARTEMEN ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

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

Makassar, 13 Agustus 2020

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS
NIP. 19491015 198601 1 001

Pembimbing II

dr. Djunaidi M Dachlan, MS
NIP. 19560427 198702 1 001

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin

Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK
NIP. 19630318 199202 2 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin, 10 Agustus 2020.

Ketua : **Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS**



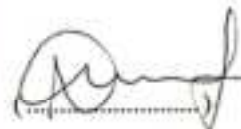
(.....)

Sekretaris : **dr. Djunaidi M Dachlan, MS**



(.....)

Anggota : **Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes**



(.....)

Dr. Abdul Salam, SKM., M.Kes.



(.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sandy Pratama Aksan
NIM : K211 13 012
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Hp : 085256954170
e-mail : sandypraksan@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul artikel "**Faktor yang Berhubungan Dengan Risiko Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 12-36 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu**" benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, Agustus 2020


Sandy Pratama Aksan

ABSTRACT

**Hasanuddin University
Public Health Faculty
Nutrition Study Program
Makassar, March 2020**

FACTORS OF STUNTING CHILDREN AGE 12-36 MONTHS IN THE WORK AREA OF BUA HEALTH CENTER

Stunting is a condition of growth failure in children due to malnutrition for a long time. Thus, children are shorter than normal children their age and have a delay in thinking. This study aims to determine the factors associated with the incidence of stunting in children aged 12-36 months in the Bua puskesmas work area. This type of research is a cross sectional study. The study population was all children aged 12-36 months in the working area of the Bua Health Center. Sampling using a purposive sampling method with a total sample of 151 respondents. The research results were analyzed using Statistical Package for Social Science (SPSS) with the Chi-Square statistical test and presented in the form of tables and narratives. The results showed a relationship between maternal knowledge ($p = 0.10$), parenting / exclusive breastfeeding ($p = 0.05$), economic status ($p = 0.028$), and infectious disease status ($p = 0.012$) and the incidence of stunting . Based on the results of the study, it is expected that there will be socialization related to stunting to the community in the working area and to the person in charge of the nutrition department at the Public Health Center to be more active in assisting stunted toddlers and the community should be more active and actively participate in every posyandu agenda conducted by health workers in their region.

Keywords : Stunting, Knowledge, Parenting

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Program Studi Ilmu Gizi
Makassar, Maret 2020

Sandy Pratama Aksan

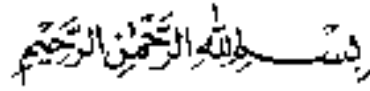
“Faktor Yang Berhubungan Dengan Risiko Kejadian *Stunting* Pada Anak Usia 12-36 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu”

Stunting merupakan kondisi gagal pertumbuhan pada anak akibat dari kekurangan gizi dalam waktu yang lama. Sehingga, anak lebih pendek dari anak normal seusianya dan memiliki keterlambatan dalam berpikir. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada anak usia 12-36 bulan di wilayah kerja puskesmas Bua. Jenis penelitian adalah *Cross Sectional study*. Populasi penelitian merupakan semua anak usia 12-36 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bua. Penarikan Sampel menggunakan metode *purposive sampling* dengan jumlah sampel 151 responden. Hasil penelitian dianalisis menggunakan *Statistical Package for Social Science* (SPSS) dengan uji statistik *Chi-Square* dan disajikan dalam bentuk table dan narasi. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan ibu ($p=0,10$), pola asuh/pemberian ASI eksklusif ($p=0,05$), status ekonomi ($p=0,028$), dan status penyakit infeksi ($p=0,012$) dengan kejadian *stunting*. Berdasarkan hasil penelitian diharapkan adanya sosialisasi terkait *stunting* pada masyarakat di wilayah kerjanya dan pada penanggung jawab bagian gizi di Puskesmas untuk lebih giat mendampingi balita yang mengalami *stunting* dan masyarakat sebaiknya lebih giat dan aktif ikut serta dalam setiap agenda posyandu yang dilakukan oleh tenaga kesehatan diwilayahnya.

Kata kunci : Stunting, Pengetahuan, Pola Asuh

Daftar Pustaka: 64 (1990-2019)

KATA PENGANTAR



Assalamu 'alaykum wa Rahmatullahi wa Barakatuh

Puja puji Ilahi zat Maha sempurna muara kerinduan bagi para pecinta yang haus akan kekekalan kasih sayangNya, semoga kerinduan itu senantiasa mengarahkan kita kepada jalan yang senantiasa di ridhai oleh Allah SWT. Tak lupa pula kita kirimkan salam dan shalawat atas junjungan Nabi Besar kita, Nabi Muhammad *Shallallahu a'laihi wasallam*, kepada para sahabat dan keluarganya, yang selalu menjadi suri tauladan bagi setiap umat muslim.

Penulisan skripsi ini dengan judul “Faktor Yang Berhubungan Dengan Risiko Kejadian *Stunting* Di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu” merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu di Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Dengan sepenuh rasa cinta dan kasih sayang serta rasa hormat terdalem penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada kedua Orang tua saya Drs. Sofyan Anton, M.Pd dan Almarhumah Dra. Nurdiawaty dan Ibunda Kamria, yang selalu memberikan dukungan do'a dan motivasi, serta memberikan cinta yang besar kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Ucapan terima kasih tidak lupa penulis kepada Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes.,Sp.GK. sebagai pembimbing akademik atas segala motivasi dan

dukungannya untuk terus meningkatkan prestasi akademik dari awal semester perkuliahan hingga sekarang sampai penulis bisa menyelesaikan studinya. Rasa hormat dan ucapan terima kasih kepada Bapak Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS sebagai Pembimbing I dan Bapak dr. Djunaidi M Dachlan, MS sebagai Pembimbing II yang selalu memberikan masukan, bimbingan dan arahan serta motivasi sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Ucapan terima kasih juga penulis persembahkan kepada tim penguji Ibu Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes dan Bapak Dr. Abdul Salam, S.KM., M.Kes atas segala masukan, kritik dan sarannya serta motivasi yang telah diberikan kepada penulis. Dalam kesempatan ini pula, penulis ingin mengucapkan banyak-banyak terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu menyelesaikan skripsi ini, yaitu kepada:

1. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed selaku dekan FKM Unhas, beserta seluruh Staf dan Tata Usaha yang telah memberikan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat.
2. Bapak Prof. Dr. Saifuddin Sirajuddin, MS selaku ketua Departemen Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes.,Sp.GK., sebagai Ketua Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, serta sebagai Pembimbing Akademik penulis.

4. Seluruh dosen dan para staf Program Studi Ilmu Gizi FKM Unhas yang telah memberikan ilmu Pengetahuan, bimbingan dan bantuan kepada penulis selama menjalani perkuliahan.
5. Kepada Resky Fatimah, terima kasih untuk tetap ada dan merawat semangat penulis untuk menyelesaikan tanggung jawab terhadap tahapan pendidikan yang sedang di jalani.
6. Kepada teman-teman REMPONG 2013, terimakasih atas pengalaman dan keceriaan selama di kampus khususnya pada saat menjadi panitia pelaksana serta pada saat menjelankan kepengurusan di lembaga KM FKM UNHAS.
7. Kepada KM FKM UNHAS, terima kasih atas segala ruang untuk menempa diri untuk lebih berkembang sejak dari awal bergabung sampai dengan saat ini.
8. Kepada teman-teman GI13I / Gizi 2013, terima kasih untuk segala kebersamaan yang telah dibangun selama kurun waktu 7 tahun terakhir.
9. Kepada Tri Sofiatun, Muh Iqbal, Jordan Tirto Sumule, Muh Aryadipa, Tresna Baso, Ruansyah, Adhinda Putri, Andi Patiarisi S, Nur Hikmawati, Nur Fitriani, Andi Fiar Malayadi, Prasetyo, Muh Akbar Nurdin, Ade Anggraini, Puspita, Syahardi Winna, Fadhila Arhamy, Hardianty S, Nurista Febrianti, Gita Pratiwi B, Syanisa Honora, terima kasih telah menjadi sharing partner bagi penulis dalam menyelesaikan penulisan skripsi ini.

10. Serta semua pihak yang telah membantu , yang tidak sempat penulis sebutkan satu persatu, penulis mengucapkan terimakasih.

Wassalamu 'alaykum wa Rahmatullahi wa Barakatuh

Makassar, Agustus 2020

Sandy Pratama Aksan

DAFTAR ISI

SAMPUL	
RINGKASAN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL.....	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Identifikasi Masalah.....	9
C. Batasan Masalah.....	9
D. Rumusan Masalah	10
E. Tujuan Penelitian	10
F. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Balita.....	13
B. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi.....	17
C. Faktor Penyebab <i>Stunting</i>	25
D. Kerangka Teori.....	32
BAB III KERANGKA KONSEP	

A. Dasar Pemikiran Variabel	33
B. Kerangka Konsep	35
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	35
D. Hipotesis Penelitian.....	38
 BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian.....	39
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	39
C. Populasi dan Sampel Penelitian	39
D. Teknik Pengambilan Sampel.....	40
E. Instrumen Penelitian.....	41
F. Pengumpulan Data	44
G. Sumber Data.....	45
H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	45
I. Penyajian Data	48
 BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	49
B. Hasil	50
C. PEMBAHASAN	56
 BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	64

B. Saran.....	64
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN.....	72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori.....	32
Gambar 2. Kerangka Konsep	35

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu.....	50
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Karakteristik Anak di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu.....	51
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Pola Asuh/Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu.....	52
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Status Ekonomi di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu.....	52
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Status Penyakit Infeksi di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu.....	53
Tabel 5.6	Hasil Analisis Bivariat Pendidikan Ibu Terhadap Kejadian <i>Stunting</i> di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu.....	53
Tabel 5.7	Hasil Analisis Pola Asuh/Pemberian ASI Eksklusif Terhadap Kejadian <i>Stunting</i> di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu.....	54
Tabel 5.8	Hasil Analisis Bivariat Status Ekonomi Terhadap Kejadian <i>Stunting</i> di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu.....	55
Tabel 5.9	Hasil Analisis Bivariat Status Penyakit Infeksi Terhadap Kejadian <i>Stunting</i> di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu.....	55

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gizi merupakan bagian penting dalam pertumbuhan dan perkembangan, karena terdapat keterkaitan dan berhubungan dengan kesehatan dan kecerdasan (Proverawati dan Erna, 2010). Menurut Aries *et al.* (2012) status gizi bayi dan balita merupakan salah satu indikator gizi masyarakat, dan telah dikembangkan menjadi salah satu indikator kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Hal ini dikarenakan kelompok bayi dan balita sangat rentan terhadap berbagai penyakit kekurangan gizi.

Masalah gizi merupakan refleksi dari banyak faktor yang saling terkait, baik secara langsung maupun tidak langsung. Beberapa penelitian menjelaskan bahwa masalah gizi merupakan refleksi dari faktor pola asuh, pola makan, dan asupan zat gizi yang tidak benar karena berbagai macam faktor di masyarakat. Peranan keluarga terutama ibu dalam mengasuh anak sangat menentukan status gizi dan tumbuh kembang anak-anaknya. Ibu yang membimbing anaknya tentang cara makan yang sehat dan makanan yang bergizi akan meningkatkan status gizi anak (Asrar., dkk, 2009).

Masalah gizi oleh banyak faktor yang saling terikat secara langsung dapat dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan kurangnya asupan gizi secara kualitas maupun kuantitas, sedangkan secara tidak langsung dipengaruhi oleh jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan, pola asuh anak yang kurang memadai, sanitasi lingkungan, serta rendahnya ketahanan pangan di tingkat rumah tangga (Basri dan Sudargo, 2013).

Pengetahuan gizi yang tidak memadai, kurangnya pengertian tentang kebiasaan makan yang baik, serta pengertian yang kurang tentang kontribusi gizi dari berbagai jenis makanan akan menimbulkan masalah gizi (Wulandari and Indra, 2013). Hal ini disebabkan oleh keadaan *stunting* tidak hanya ditentukan oleh faktor status pemberian ASI eksklusif, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti: kualitas Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), kecukupan asupan gizi yang diberikan kepada anak setiap hari, serta status kesehatan bayi (Setiawan and Machmud, 2018). Asupan makanan seseorang berpengaruh terhadap status gizi orang tersebut. Kurang gizi maupun gizi lebih diakibatkan karena tubuh mengalami kekurangan atau kelebihan zat gizi. Pemberian ASI eksklusif akan membuat status gizi anak bertambah baik dalam usia 6-24 bulan dari pada anak yang tidak mendapat ASI secara eksklusif (Namangboling *et al.*, 2017). Ibu yang memberikan ASI secara eksklusif kepada anaknya akan semakin baik status gizi anaknya jika dibandingkan dengan ibu yang tidak memberikan ASI secara eksklusif kepada anaknya (Giri, Muliarta, 2013).

Masalah kekurangan gizi yang mendapat banyak perhatian akhir-akhir ini adalah masalah kurang gizi kronis yaitu dalam bentuk tubuh anak pendek atau *stunting*. *Stunting* merupakan kondisi gagal pertumbuhan pada anak (pertumbuhan tubuh dan otak) akibat dari kekurangan gizi dalam waktu yang lama. Sehingga, anak lebih pendek dari anak normal seusianya dan memiliki keterlambatan dalam berpikir (Kemenkes, 2018). Menurut Rosalind S. Gibson, (2005) *stunting* adalah hasil sebuah proses patologis yang

berhubungan dengan kegagalan untuk mencapai pertumbuhan linier potensial atau gagal mencapai tinggi badan relatif terhadap umur. Sedangkan *stunting* menurut Hagos *et al.*, (2017) merupakan ukuran kekurangan gizi kronis yang merupakan bentuk paling umum kekurangan gizi pada anak di negara berkembang.

Ancaman permasalahan gizi di dunia, ada 165 juta anak dibawah 5 tahun dalam kondisi pendek dan 90% lebih berada di Afrika dan Asia. Target global adalah menurunkan *stunting* sebanyak 40% pada tahun 2025. Untuk itu dibutuhkan penurunan 3,9% per tahun. Target global yang tercapai adalah menurunkan *stunting* 39,7% dari tahun 1990 menjadi 26,7% pada tahun 2010. Dalam jangka waktu 20 tahun tersebut dapat diturunkan 1,6% per tahun. Penurunan yang sangat kecil terjadi di Afrika (40% menjadi 38%). Sedangkan penurunan yang cukup besar terjadi di Asia (dari 49% menjadi 28%), sekitar 2,9% per tahun. Penurunan yang terbesar ada di Tiongkok, pada tahun 1990 sebesar 30% menjadi 10% pada tahun 2011 (Trihono, dkk., 2015).

Hasil analisis hubungan umur pertama pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting* pada anak balita menunjukkan praktek pemberian MP-ASI pada anak balita merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* pada anak balita. Penelitian ini sesuai dengan Depkes yang menyatakan bahwa gangguan pertumbuhan pada awal masa kehidupan bayi antara lain disebabkan oleh kekurangan gizi sejak bayi, pemberian MP-ASI terlalu dini atau terlalu lambat, MP-ASI tidak cukup gizinya sesuai kebutuhan

bayi atau kurang baiknya pola pemberiannya menurut usia, dan perawatan bayi yang kurang memadai (Aridiyah, dkk, 2015).

Faktor pendidikan ibu merupakan faktor yang memiliki hubungan paling dominan dengan kejadian *stunting* pada anak. Tingkat pendidikan memiliki pengaruh terhadap kesehatan, salah satunya adalah status gizi. Individu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi memiliki kemungkinan lebih besar mengetahui pola hidup sehat dan cara menjaga tubuh tetap bugar yang tercermin dari penerapan pola hidup sehat seperti konsumsi diet bergizi (Setiawan and Machmud, 2018). Pendidikan ibu tampak lebih kuat hubungannya dengan *stunting* (Setiawan and Machmud, 2018).

Masih tingginya prevalensi anak pendek yang menunjukkan masalah gizi di Indonesia merupakan masalah kronis yang berkaitan dengan kemiskinan, rendahnya pendidikan, serta kurang memadainya pelayanan dan kesehatan lingkungan. Masalah gizi khususnya *stunting* pada balita disebabkan karena asupan makan yang kurang memadai dan penyakit yang merupakan penyebab langsung masalah gizi pada anak. Keadaan tersebut terjadi karena praktik pemberian makan yang tidak tepat, penyakit infeksi yang berulang, perilaku kebersihan dan pengasuhan yang buruk. Pada intinya, semua ini disebabkan karena faktor kurangnya pendidikan dan pengetahuan pengasuhan anak, penggunaan air yang tidak bersih, lingkungan yang tidak sehat, pendapatan yang rendah, dan keterbatasan akses terhadap pangan (UNICEF Indonesia, 2012).

Stunting merupakan *outcome* yang tidak dapat diubah, sebagian besar kejadian *stunting* disebabkan oleh nutrisi yang tidak adekuat dan serangan infeksi berulang selama 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (WHO, 2010). 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 terhadap pertumbuhan fisik, mental, dan kecerdasan (Kemenkes, 2012).

Penyebab dari *stunting* yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung dan penyebab pokok. Penyebab langsung adalah asupan keanakeragaman makanan dan penyakit infeksi, penyebab tidak langsung adalah ketahanan pangan dan rumah tangga (jumlah anggota keluarga/anak), pola asuh (pemberian ASI Eksklusif), kesehatan lingkungan, dan pelayanan kesehatan, penyebab pokok adalah karakteristik rumah tangga, karakteristik ibu dan karakteristik regional. Pola asuh, sanitasi lingkungan, akses pangan keluarga, dan pelayanan kesehatan, dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pendapatan, dan akses informasi terutama tentang gizi dan kesehatan (Ruel and Hoddinott, 2008).

Pola asuh pemberian makan merupakan kemampuan orangtua dan keluarga untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan dalam memberikan makanan kepada anaknya. Terutama pada masa balita, dimana pada masa ini kebutuhan zat gizi pada anak sangat tinggi yang diperlukan untuk proses tumbuh kembangnya. Sehingga kesalahan pola asuh pemberian

makan pada balita di masa ini berdampak negatif terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita. Menurut Unicef, kualitas makanan yang diberikan selama fase pemberian MP-ASI, adalah hal penting untuk mencegah *stunting*. Konsumsi aneka ragam makanan dan konsumsi makanan dari sumber hewani meningkatkan pertumbuhan linear (Woge, 2007).

Tingkat pendapatan keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian *stunting*. Status ekonomi rendah dianggap memiliki pengaruh yang dominan terhadap kejadian kurus dan pendek pada anak. Orang tua dengan pendapatan keluarga yang memadai akan memiliki kemampuan untuk menyediakan semua kebutuhan primer dan sekunder anak. Keluarga dengan status ekonomi yang baik juga memiliki akses pelayanan kesehatan yang lebih baik (Setiawan and Machmud, 2018).

Di Asia tahun 2007 prevalensi *stunting* sebesar 30,6% (UNSCN, 2008). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan di Ludhiana India dimana prevalensi *stunting* pada anak berusia 12-59 bulan adalah sebesar 74,55% (Sengupta *et al*,2010). Menurut Remans *et al* (2011) diperkirakan sekitar 1 dari 3 anak yang berusia dibawah 5 tahun mengalami *stunting* di negara berkembang.

WHO menilai penurunan prevalensi *stunting* belum memuaskan, Pada Mei 2012, WHO mencanangkan enam target dunia untuk menurunkan beban kesakitan yang disebabkan oleh malnutrisi usia dini (Meera Shekar, Jakob Kakietek, Julia Dayton Eberwein, 2017). Target pertama adalah menurunkan prevalensi *stunting* sebesar 40% hingga tahun 2025 (Shekar., dkk, 2017).

Upaya perbaikan status gizi balita di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir sudah mengalami peningkatan. Hasil Riset kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi gizi kurang dan buruk telah mengalami penurunan dari 13,9% tahun 2013 menjadi 13,8% 2018, sedangkan prevalensi balita pendek terdiri dari sangat pendek 11,5% dan pendek 19,3%. Peningkatan prevalensi terjadi pada balita pendek dari 19,2% menjadi 19,3%, sedangkan penurunan prevalensi terjadi pada balita sangat pendek dari 18,0% menjadi 11,5%.

Masalah status gizi balita di Indonesia memiliki disparitas antar wilayah/provinsi. Berdasarkan besarnya masalah *stunting*, suatu wilayah dianggap memiliki masalah *stunting* ringan bila prevalensi *stunting* berada antara 20-29%, sedang bila 30-39% dan berat bila $\geq 40\%$ (WHO dalam World Bank 2006).

Anak-anak yang mengalami *stunting* pada dua tahun kehidupan pertama dan mengalami kenaikan berat badan yang cepat, berisiko tinggi terhadap penyakit kronis, seperti obesitas, hipertensi, dan diabetes (Victora *et al.* 2008). Retardasi pertumbuhan *postnatal* memiliki potensi hubungan terhadap berat badan sekarang dan tekanan darah. Menurut Barker (2008) tekanan darah pada orang dewasa memiliki hubungan negatif terhadap berat lahir dan tekanan darah pada masa kanak-kanak memiliki hubungan terhadap ukuran bayi pada dilahirkan.

Kecenderungan prevalensi balita pendek (*stunting*) Provinsi Sulawesi Selatan mengalami peningkatan dari tahun 2007 (29,1%) meningkat tahun 2010 (36,8%) dan kembali mengalami peningkatan di tahun 2013 menjadi

40,9% dan masih dipakai untuk menilai prevalensi balita *stunting* pada tahun 2014 dan belum mencapai target yang ditetapkan (34,5%). Angka ini menunjukkan bahwa posisi Sulawesi Selatan di tahun 2014 masih belum mencapai target MDGs yaitu 32%. Namun hasil Penilaian Status Gizi di Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2015 menunjukkan prevalensi balita *stunting* mengalami penurunan yang cukup berarti yaitu sebesar 34,1%. (LKj-IP Dinkes Provinsi Sulsel, 2015).

Laporan hasil Pemantauan Status Gizi 2016 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan jumlah kasus *stunting* (0-24 bulan) di Sulawesi Selatan sebesar 26,7% (Dinkes SulSel, 2017), sedangkan pada tahun 2017 kasus *stunting* (0-24 bulan) di Sulawesi Selatan sebesar 21,8% (Dinkes SulSel, 2018).

Kabupaten Luwu merupakan salah satu wilayah diprovinsi Sulawesi Selatan yang memiliki masalah *stunting*. Laporan hasil Pemantauan Status Gizi 2015 oleh Dinas Kesehatan Luwu menunjukkan bahwa jumlah kasus *stunting* di Luwu sebesar 34,9 %, sedangkan pada tahun 2017 kasus *stunting* di Luwu sebesar 39,1%. Laporan hasil Pemantauan Status Gizi 2018 di Kecamatan Bua menunjukkan bahwa jumlah kasus *stunting* di Bua sebesar 43,5%.

Prevalensi kejadian *stunting* di Kabupaten Luwu untuk anak usia Balita sebesar 27,61%, untuk anak usia 1-3 tahun adalah 10,09%, dan khusus untuk wilayah kerja puskesmas Bua prevalansi kejadian *stunting* sangat tinggi untuk wilayah kerja Dinkes Kabupaten Luwu yaitu sebesar 18,64%. Angka ini

masih dikatakan sangat tinggi untuk wilayah kabupaten (Dinkes Luwu, 2018).

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut terkait “faktor kejadian *stunting* pada anak usia 12-36 bulan di wilayah kerja puskesmas Bua Kec. Bua, Kab. Luwu 2019”.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang yang dijelaskan diatas, penulis mengidentifikasi masalah-masalah yang ada dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Masalah gizi khususnya *stunting* pada balita disebabkan karena asupan makan yang kurang memadai dan penyakit yang merupakan penyebab langsung masalah gizi pada anak.
2. Masih tingginya prevalensi anak pendek yang menunjukkan masalah gizi di Indonesia merupakan masalah kronis yang berkaitan dengan kemiskinan, rendahnya pendidikan, serta kurang memadainya pelayanan dan kesehatan lingkungan.

C. Batasan Masalah

Agar penelitian ini lebih terarah, terfokus dan tidak meluas, penulis membatasi beberapa masalah dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Tingkat pendidikan merupakan faktor risiko kejadian *stunting* di puskesmas Bua, Kab. Luwu.

2. Pola asuh (pemberian ASI Eksklusif) anak merupakan faktor risiko kejadian *stunting* diwilayah kerja puskesmas Bua, Kab. Luwu.
3. Status ekonomi keluarga merupakan faktor risiko kejadian *stunting* diwilayah kerja puskesmas Bua, Kab. Luwu.
4. Penyakit infeksi merupakan faktor risiko kejadian *stunting* diwilayah kerja puskesmas Bua, Kab. Luwu.

D. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah faktor kejadian *stunting* pada anak usia 12-36 bulan diwilayah kerja puskesmas adalah :

1. Apakah ada hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian *stunting* di puskesmas Bua, Kab. Luwu?
2. Apakah ada hubungan pola asuh (pemberian ASI eksklusif) anak dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja puskesmas Bua, Kab. Luwu?
3. Apakah ada hubungan status ekonomi dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja puskesmas Bua, Kab. Luwu?
4. Apakah ada hubungan riwayat penyakit infeksi dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja puskesmas Bua, Kab. Luwu?

E. Tujuan Penelitian

Berdasarkan uraian dari rumusan masalah diatas, sehingga dapat disusun tujuan penelitian sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada anak usia 12-36 bulan diwilayah kerja puskesmas.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja puskesmas Bua, Kab. Luwu.
- b. Untuk mengetahui hubungan pola asuh (pemberian ASI eksklusif) dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja puskesmas Bua, Kab. Luwu.
- c. Untuk mengetahui hubungan status ekonomi dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja puskesmas Bua, Kab. Luwu.
- d. Untuk mengetahui hubungan riwayat penyakit infeksi dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja puskesmas Bua, Kab. Luwu.

F. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan jawaban dari permasalahan yang telah dirumuskan dan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi Penulis

Penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan penulis tentang kejadian *stunting*.

2. Bagi Akademis

Dengan penelitian ini sangat diharapkan dapat menjadi referensi bagi akademis yang ingin melakukan penelitian berikutnya atau sebagai tambahan ilmu pengetahuan.

3. Bagi Puskesmas

Dapat menjadi bahan masukan atau perbaikan dalam upaya menurunkan kejadian *stunting* di wilayah kerja puskesmas Bua Kab. Luwu.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Balita

1. Pengertian Balita

Anak balita adalah anak yang telah menginjak usia di atas satu tahun atau lebih populer dengan pengertian usia anak di bawah lima tahun (Muaris.H, 2006).

Menurut Sutomo. B. dan Anggraeni. DY, (2010), Balita adalah istilah umum bagi anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3-5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting, seperti mandi, buang air dan makan.

Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik. Namun kemampuan lain masih terbatas. Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Perkembangan dan pertumbuhan di masa itu menjadipenentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya. Masa tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, karena itu sering disebut *golden age* atau masa keemasan.

2. Karakteristik Balita

Menurut karakteristik, balita terbagi dalam dua kategori yaitu anak usia 1–3 tahun (batita) dan anak usia prasekolah (Uripi, 2004). Anak usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif, artinya anak menerima makanan dari apa yang disediakan ibunya. Laju pertumbuhan masa balita lebih besar dari masa usia pra-sekolah sehingga diperlukan jumlah makanan

yang relatif besar. Namun perut yang masih lebih kecil menyebabkan jumlah makanan yang mampu diterimanya dalam sekalimakan lebih kecil dari anak yang usianya lebih besar. Oleh karena itu, pola makan yang diberikan adalah porsi kecil dengan frekuensi sering.

Pada usia pra-sekolah anak menjadi konsumen aktif. Mereka sudah dapat memilih makanan yang disukainya. Pada usia ini anak mulai bergaul dengan lingkungannya atau bersekolah *playgroup* sehingga anak mengalami beberapa perubahan dalam perilaku. Pada masa ini anak akan mencapai fase gemar memprotes sehingga mereka akan mengatakan “tidak” terhadap setiap ajakan. Pada masa ini berat badan anak cenderung mengalami penurunan, akibat dari aktivitas yang mulai banyak dan pemilihan maupun penolakan terhadap makanan. Diperkirakan pula bahwa anak perempuan relative lebih banyak mengalami gangguan status gizi bila dibandingkan dengan anak laki-laki (BPS, 1999).

3. Tumbuh Kembang Balita

Secara umum tumbuh kembang setiap anak berbeda-beda, namun prosesnya senantiasa melalui tiga pola yang sama, yakni:

- a. Pertumbuhan dimulai dari tubuh bagian atas menuju bagian bawah (sefalokaudal). Pertumbuhannya dimulai dari kepala hingga ke ujung kaki, anak akan berusaha menegakkan tubuhnya, lalu dilanjutkan belajar menggunakan kakinya.
- b. Perkembangan dimulai dari batang tubuh ke arah luar. Contohnya adalah anak akan lebih dulu menguasai penggunaan telapak tangan

untuk menggenggam, sebelum ia mampu meraih benda dengan jemarinya.

- c. Setelah dua pola di atas dikuasai, barulah anak belajar mengeksplorasi keterampilan-keterampilan lain. Seperti melempar, menendang, berlari dan lain-lain.

Pertumbuhan pada bayi dan balita merupakan gejala kuantitatif. Pada konteks ini, berlangsung perubahan ukuran dan jumlah sel, serta jaringan intraseluler pada tubuh anak. Dengan kata lain, berlangsung proses multiplikasi organ tubuh anak, disertai penambahan ukuran tubuhnya. Hal ini ditandai oleh:

- a. Meningkatnya berat badan dan tinggi badan.
- b. Bertambahnya ukuran lingkaran kepala.
- c. Muncul dan bertambahnya gigi dan geraham.
- d. Menguatnya tulang dan membesarnya otot-otot.
- e. Bertambahnya organ-organ tubuh lainnya, seperti rambut, kuku, dan sebagainya.

Penambahan ukuran-ukuran tubuh ini tentu tidak harus drastis. Sebaliknya, berlangsung perlahan, bertahap, dan terpola secara proporsional pada tiap bulannya. Ketika didapati penambahan ukuran tubuhnya, artinya proses pertumbuhannya berlangsung baik. Sebaliknya jika yang terlihat gejala penurunan ukuran, itu sinyal terjadinya gangguan atau hambatan proses pertumbuhan.

Cara mudah mengetahui baik tidaknya pertumbuhan bayi dan balita adalah dengan mengamati grafik penambahan berat dan tinggi badan yang terdapat pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Dengan bertambahnya usia anak, harusnya bertambah pula berat dan tinggi badannya. Cara lainnya yaitu dengan pemantauan status gizi. Pemantauan status gizi pada bayi dan balita telah dibuatkan standarisasinya oleh Harvard University dan Wolanski. Penggunaan standar tersebut di Indonesia telah dimodifikasi agar sesuai untuk kasus anak Indonesia. Perkembangan pada masa balita merupakan gejala kualitatif, artinya pada diri balita berlangsung proses peningkatan dan pematangan (maturasi) kemampuan personal dan kemampuan sosial.

a. Kemampuan personal ditandai pendaaygunaan segenap fungsi alat-alat pengindraan dan sistem organ tubuh lain yang dimilikinya.

Kemampuan fungsi pengindraan meliputi ;

- 1) Penglihatan, misalnya melihat, melirik, menonton, membaca dan lain-lain.
- 2) Pendengaran, misalnya reaksi mendengarkan bunyi, menyimak pembicaraan dan lain-lain.
- 3) Penciuman, misalnya mencium dan membau sesuatu.
- 4) Peraba, misalnya reaksi saat menyentuh atau disentuh, meraba benda, dan lain-lain.
- 5) Pengecap, misalnya menghisap ASI, mengetahui rasa makanan dan minuman.

Pada sistem tubuh lainnya di antaranya meliputi :

- 1) Tangan, misalnya menggenggam, mengangkat, melempar, mencoret-coret, menulis dan lain-lain.
- 2) Kaki, misalnya menendang, berdiri, berjalan, berlari dan lain-lain.
- 3) Gigi, misalnya menggigit, mengunyah dan lain-lain.
- 4) Mulut, misalnya mengoceh, melafal, teriak, bicara, menyanyi dan lain-lain.
- 5) Emosi, misalnya menangis, senyum, tertawa, gembira, bahagia, percaya diri, empati, rasa iba dan lain-lain.
- 6) Kognisi, misalnya mengenal objek, mengingat, memahami, mengerti, membandingkan dan lain-lain.
- 7) Kreativitas, misalnya kemampuan imajinasi dalam membuat, merangkai, menciptakan objek dan lain-lain.

B. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa dkk, 2006). Menurut Almatsier (2009) status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Status gizi dibedakan antara status gizi kurang, baik dan lebih.

Status gizi adalah keadaan kesehatan anak ditentukan oleh derajat kebutuhan fisik, energi, dan zat-zat gizi lain, serta dampak fisiknya diukur secara antropometri (Suhardjo, 2003). Kategori standar status gizi balita menurut WHO NCHS ada tiga yaitu dengan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB.

Penilaian Status Gizi Menurut Supariasa dkk (2006), penilaian status gizi dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu, klinis, biokimia, biofisik, dan antropometri sedangkan pemeriksaan status gizi tidak langsung dapat dibagi tiga yaitu: survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi. Penelitian ini menggunakan penilaian status gizi secara langsung, dengan menggunakan antropometri. Antropometri berasal dari kata antropos dan metros. Antropos artinya tubuh dan metros artinya ukuran. Antropometri adalah ukuran dari tubuh. Antropometri sangat umum digunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan protein dan energi. Gangguan ini biasanya terlihat dari pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh. Indeks antropometri yang umum digunakan dalam menilai status gizi adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

Indeks antropometri tinggi badan menurut umur (TB/U) mempunyai kelebihan dan kekurangan. Kelebihan TB/U yaitu, menurunkan indikator yang baik untuk mengetahui kekurangan gizi pada waktu lampau, pengukuran objektif apabila diulang memberikan hasil yang sama, peralatan dapat dibawa kemana-mana, ibu-ibu jarang merasa keberatan apabila anaknya diukur, dan paling baik untuk anak diatas dua tahun. Kelemahan TB/U yaitu, dalam menilai hasil intervensi harus disertai indikator lain, seperti BB/U karena panjang badan tidak banyak terjadi dalam waktu singkat, membutuhkan

beberapa teknik pengukuran seperti alat ukur panjang badan untuk anak umur lebih dua tahun, lebih sulit dilakukan teliti oleh kader atau petugas yang belum pengalaman, memerlukan dua orang 9 untuk mengukur anak, umur kadang-kadang sulit di dapat secara pasti. Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan tubuh sketal, pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan bertambahnya umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kurang gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan tampak pada waktu yang relatif lama (Supariasa dkk, 2006). Standar deviasi unit disebut juga z-score. WHO menyarankan menggunakan cara ini untuk meneliti dan untuk memantau pertumbuhan (Supariasa dkk, 2006). Rumus perhitungan Z-score adalah : $Z \text{ score} = \text{nilai individu subjek} - \text{nilai median baku rujukan} / \text{Nilai simpangan baku rujukan}$

1. *Stunting*

a. Definisi

Balita Pendek (*Stunting*) adalah status gizi yang didasarkan pada indeks PB/U atau TB/U dimana dalam standar antropometri penilaian status gizi anak, hasil pengukuran tersebut berada pada ambang batas (Z-Score) <-2 SD sampai dengan -3 SD (pendek/ stunted) dan <-3 SD (sangat pendek / *severely stunted*).

Stunting adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *Stunting* dapat terjadi

mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun. *Stunting* yang telah terjadi bila tidak diimbangi dengan *catch-up growth* (tumbuh kejar) mengakibatkan menurunnya pertumbuhan, masalah *stunting* merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan meningkatnya risiko kesakitan, kematian dan hambatan pada pertumbuhan baik motorik maupun mental. *Stunting* dibentuk oleh *growth faltering* dan *catch up growth* yang tidak memadai yang mencerminkan ketidakmampuan untuk mencapai pertumbuhan optimal, hal tersebut mengungkapkan bahwa kelompok balita yang lahir dengan berat badan normal dapat mengalami *stunting* bila pemenuhan kebutuhan selanjutnya tidak terpenuhi dengan baik.

b. Diagnosis dan Klasifikasi

Penilaian status gizi balita yang paling sering dilakukan adalah dengan cara penilaian antropometri. Secara umum antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) yang dinyatakan dengan standar deviasi unit z (*Z*- score).

Stunting dapat diketahui bila seorang balita sudah ditimbang berat badannya dan diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan

dengan standar, dan hasilnya berada dibawah normal. Jadi secara fisik balita akan lebih pendek dibandingkan balita seumurnya. Penghitungan ini menggunakan standar Z score dari WHO.

Normal, 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).

Berikut klasifikasi status gizi *stunting* berdasarkan indikator tinggi badan per umur (TB/U).

1. Sangat pendek : Zscore < -3,0
2. Pendek : Zscore < -2,0 s.d. Zscore \geq -3,0
3. Normal : Zscore \geq -2,0

Dan di bawah ini merupakan klasifikasi status gizi *stunting* berdasarkan indikator TB/U dan BB/TB.

1. Pendek-kurus : -Zscore TB/U < -2,0 dan Zscore BB/TB < -2,0
2. Pendek-normal : Z-score TB/U < -2,0 dan Zscore BB/TB antara -2,0 s/d 2,0
3. Pendek Pemeriksaan antropometri *stunting*

Antropometri -gemuk : Z-score \geq -2,0 s/d Zscore \leq 2,0 berasal dari kata “anthropos” (tubuh) dan “metros” (ukuran) sehingga antropometri secara umum artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi adalah berhubungan

dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan gizi.

Dimensi tubuh yang diukur, antara lain: umur, berat badan, tinggi badan dan lingkar kepala. Perubahan dimensi tubuh dapat menggambarkan keadaan kesehatan dan kesejahteraan secara umum individu maupun populasi.

1. Umur

Umur adalah suatu angka yang mewakili lamanya kehidupan seseorang. Usia dihitung saat pengumpulan data, berdasarkan tanggal kelahiran. Apabila lebih hingga 14 hari maka dibulatkan ke bawah, sebaliknya jika lebih 15 hari maka dibulatkan ke atas. Informasi terkait umur didapatkan melalui pengisian kuesioner.

2. Tinggi badan

Tinggi atau panjang badan ialah indikator umum dalam mengukur tubuh dan panjang tulang. Alat yang biasa dipakai disebut stadiometer. Ada dua macam yaitu: 'stadiometer portabel' yang memiliki kisaran pengukur 840-2060 mm dan 'harpenden stadiometer digital' yang memiliki kisaran pengukur 600-2100 mm.

Tinggi badan diukur dalam keadaan berdiri tegak lurus, tanpa alas kaki dan aksesoris kepala, kedua tangan tergantung rileks di samping badan, tumit dan pantat menempel di dinding, pandangan mata mengarah ke depan sehingga membentuk posisi kepala Frankfurt Plane (garis imajinasi dari bagian inferior orbita

horizontal terhadap meatus acusticus eksterna bagian dalam). Bagian alat yang dapat digeser diturunkan hingga menyentuh kepala (bagian verteks).

Sentuhan diperkuat jika anak yang diperiksa berambut tebal. Pasien inspirasi maksimum pada saat diukur untuk meluruskan tulang belakang. Pada bayi yang diukur bukan tinggi melainkan panjang badan. Biasanya panjang badan diukur jika anak belum mencapai ukuran linier 85 cm atau berusia kurang dari 2 tahun. Ukuran panjang badan lebih besar 0,5-1,5 cm daripada tinggi.

Oleh sebab itu, bila anak diatas 2 tahun diukur dalam keadaan berbaring maka hasilnya dikurangi 1 cm sebelum diplot pada grafik pertumbuhan. Anak dengan keterbatasan fisik seperti kontraktur dan tidak memungkinkan dilakukan pengukuran tinggi seperti di atas, terdapat cara pengukuran alternatif.

Indeks lain yang dapat dipercaya dan sah untuk mengukur tinggi badan ialah: rentang lengan (*arm span*), panjang lengan atas (*upper arm length*), dan panjang tungkai bawah (*knee height*). Semua pengukuran di atas dilakukan sampai ketelitian 0,1 cm.

3. Lingkar Kepala

Lingkar kepala digunakan sebagai pengganti pengukuran ukuran dan pertumbuhan otak tetapi tidak sepenuhnya berkorelasi dengan volume otak. Pengukuran lingkar kepala merupakan prediktor terbaik dalam melihat perkembangan syaraf anak dan

dalam menyediakan tampilan dinamis dari pertumbuhan global otak dan struktur internal, sehingga harus dipantau dalam pranatal awal dan tahap postnatal.

Lingkar kepala (LK) menggambarkan pertumbuhan otak dari estimasi volume dalam kepala. Lingkar kepala dipengaruhi oleh status gizi anak sampai usia 36 bulan. Pengukuran rutin dilakukan untuk menjarang kemungkinan adanya penyebab lain yang dapat mempengaruhi pertumbuhan otak walaupun diperlukan pengukuran LK secara berkala daripada sewaktu-waktu saja. Apabila pertumbuhan otak mengalami gangguan yang dideteksi dari hasil pengukuran LK yang kecil (dinamakan mikrosefali) maka hal ini bisa mengarahkan si anak pada kelainan retardasi mental. Sebaiknya kalau ada gangguan pada sirkulasi cairan otak (liquor cerebrospinal) maka volume kepala akan membesar (makrosefali), kelainan ini dikenal dengan hidrosefalus. Pengukuran LK paling bermanfaat pada 6 bulan pertama sampai 2 tahun karena pada periode inilah pertumbuhan otak berlangsung dengan pesat. Namun LK yang abnormal baik kecil maupun besar bisa juga disebabkan oleh faktor genetik (keturunan) dan bawaan bayi. Pada 6 bulan pertama kehidupan LK berkisar antara 34-44 cm sedangkan pada umur 1 tahun sekitar 47 cm, 2 tahun 49 cm dan dewasa 54 cm.

C. Faktor Penyebab *Stunting*

Faktor-faktor penyebab *stunting* erat hubungannya dengan kondisi-kondisi yang mendasari kejadian tersebut, kondisi-kondisi yang mempengaruhi faktor penyebab *stunting* terdiri atas: (1) Pendidikan (2) Pola Asuh (3) Status Ekonomi (4) Penyakit Infeksi;

1. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan jenjang tertinggi pendidikan formal yang pernah ditempuh seseorang. Menurut Sulistyoningsih (2012) pendidikan biasanya dikaitkan dengan pengetahuan yang akan berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan dan pemenuhan kebutuhan zat gizi. Salah satu contoh, prinsip yang dimiliki seseorang dengan pendidikan rendah biasanya adalah “yang penting mengeyangkan”, sehingga porsi bahan makanan sumber karbohidrat lebih banyak dibandingkan dengan kelompok bahan makanan lain. Sebaliknya, kelompok orang dengan pendidikan tinggi memiliki kecenderungan memilih bahan makanan sumber protein dan akan berusaha menyeimbangkan dengan kebutuhan gizi lain.

Akan tetapi, seseorang dengan pendidikan rendah belum tentu kurang mampu menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi dibandingkan dengan orang lain yang pendidikannya lebih tinggi. Sekalipun berpendidikan rendah jika orang tersebut rajin mendengarkan atau melihat informasi mengenai gizi, bukan mustahil pengetahuannya akan menjadi lebih baik. Perlu dipertimbangkan bahwa faktor tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap

dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh. Hal ini bisa dijadikan landasan untuk membedakan metode penyuluhan yang tepat. dalam kepentingan gizi keluarga, pendidikan sangat diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi dalam keluarga dan bisa mengambil tindakan secepatnya (Soetjningsih, 2008).

Syukriawati (2011), mengatakan bahwa tingkat pendidikan ibu turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami serupa ditunjukkan pula dalam penelitian yang dilakukan oleh Paramitha Anisa (2012), dimana dengan meningkatkan pendidikan ibu dapat mengurangi kejadian *stunting*, karena ibu pada umumnya pengasuh utama bagi anak, dan tingkat pendidikan ibu yang diharapkan memiliki hubungan yang kuat terhadap *stunting* pada anak.

Pendidikan dan Pengetahuan gizi diperlukan untuk membentuk perilaku positif dalam hal memenuhi kebutuhan gizi sebagai salah satu unsur penting yang mendukung kesehatan seseorang. Tujuan pendidikan gizi agar ibu yang memiliki anak dapat memahami kebutuhan gizi anak agar mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal dan mengubah perbuatan-perbuatan ibu yang keliru dan mengakibatkan bahaya gizi kurang. Hal-hal yang sebaiknya ibu ketahui dalam hal pengetahuan gizi yaitu kebutuhan gizi anak, pembentukan pola makan pada anak, permasalahan gizi pada anak, mengatasi kesulitan makan anak, menyusun menu untuk anak, dan menilai kecukupan makan anak berdasarkan grafik pertumbuhan (Sulistyoningsih, 2012).

2. Pola Asuh (Pemberian ASI Eksklusif)

Menurut Santrock (2007), pola asuh merupakan suatu cara atau metode pengasuhan yang digunakan para orang tua untuk mendidik anak-anaknya menjadi pribadi yang dewasa secara sosial. Orang tua yang mengasuh anaknya dengan baik akan memberikan teladan yang baik juga terhadap anaknya. Hal itu terjadi karena secara sadar atau tidak sadar, perilaku orang tua lebih banyaknya akan ditiru oleh anaknya baik secara langsung, maupun tidak langsung. Sosok orang tua merupakan sosok yang paling dekat dengan anak sehingga anak akan cepat mengikuti tingkah laku orang tua.

Seperti yang dikatakan Hurlock yang menyatakan bahwa perlakuan orang tua terhadap anak akan mempengaruhi sikap anak dan perilakunya. Adanya pola asuh atau pengasuhan yang diberikan oleh orang tua terhadap anaknya diharapkan mampu membentuk kepribadian anak dalam bersosialisasi. Dalam masyarakat Jepang, mengasuh anak dikenal dengan istilah Ikuji. Kata Ikuji terdiri dari dua kanji, yaitu 育(iku) yang artinya membesarkan atau mengasuh, serta kanji 児 (ji) artinya anak (Nelson, 2008).

Pola asuh gizi merupakan praktek dirumah tangga yang diwujudkan dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber daya lainnya untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan anak. Sedangkan menurut Zeitlin (2000) yang dikutip oleh Prahesti (2001) mengatakan bahwa salah satu aspek kunci dalam pola asuh gizi adalah

praktek penyusuan dan pemberian MP-ASI. Lebih lanjut praktek penyusuan meliputi pemberian kolostrum, praktek pemberian makanan/minuman prelaktal, menyusui secara eksklusif, dan praktek penyapihan.

Beberapa masalah dalam pemberian ASI Masalah-masalah terkait praktik pemberian ASI meliputi *Delayed Initiation*, tidak menerapkan ASI eksklusif, dan penghentian dini konsumsi ASI. Sebuah penelitian membuktikan bahwa menunda inisiasi menyusui (*Delayed initiation*) akan meningkatkan kematian bayi. ASI eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI tanpa suplementasi makanan maupun minuman lain, baik berupa air putih, jus, ataupun susu selain ASI. IDAI merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama untuk mencapai tumbuh kembang optimal. Setelah enam bulan, bayi mendapat makanan pendamping yang adekuat sedangkan ASI dilanjutkan sampai usia 24 bulan. Menyusui yang berkelanjutan selama dua tahun memberikan kontribusi signifikan terhadap asupan nutrisi penting pada bayi.

Pemberian ASI eksklusif di Indonesia masih jauh dari harapan. Berdasarkan hasil survey dari peneliti masih banyak ibu-ibu yang berada di Kecamatan Kawangkoan yang tidak memberikan ASI eksklusif kepada bayi dan hanya diganti dengan susu formula. Jika bayi mendapatkan makanan pendamping ASI terlalu dini (sebelum enam bulan) makan akan meningkatkan risiko penyakit diare dan infeksi lainnya. Selain itu juga akan menyebabkan jumlah ASI yang diterima bayi berkurang, padahal

komposisi gizi ASI pada 6 bulan pertama sangat cocok untuk kebutuhan bayi, akibatnya pertumbuhan bayi akan terganggu (Sulistyoningsih, 2011). Data Riskesdas 2013 menunjukkan kecenderungan proses mulai menyusu pada anak 0-23 bulan pada tahun 2010 dan 2013, dinilai bahwa proses menyusu kurang dari satu jam yaitu sebesar 29,3% pada tahun 2010 meningkat menjadi 34,5% pada tahun 2013.

3. Status Ekonomi

Tingkat sosial ekonomi keluarga dapat dilihat dari penghasilan dalam satu keluarga. Hal ini merupakan modal dasar menuju keluarga sejahtera, sehingga semua keluarga mengharapkan mendapatkan penghasilan yang maksimal untuk menunjang kebutuhan hidupnya. Oleh karena itu berbagai upaya keluarga rela melakukan bermacam – macam jenis usaha demi mendapatkan penghasilan yang mencukupi. Manurung (2009) mengungkapkan bahwa pendapatan keluarga merupakan jumlah uang yang dihasilkan dan jumlah uang yang akan dikeluarkan untuk membiayai keperluan rumah tangga selama satu bulan. Pendapatan keluarga yang mencukupi akan menunjang perilaku anggota keluarga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan keluarga yang lebih memadai.

Menurut Fikawati dan Shafiq (2010), tingkat sosial ekonomi berkaitan dengan daya beli keluarga. Kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan antara lain tergantung pada besar kecilnya pendapatan keluarga, harga bahan makanan itu sendiri, serta tingkat pengelolaan sumber daya lahan dan pekarangan. Keluarga dengan pendapatan terbatas

kemungkinan besar kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuh anak. Berdasarkan teori Proverawati (2009), keterbatasan penghasilan keluarga turut menentukan mutu makanan yang dikelola setiap harinya baik dari segi kualitas maupun jumlah makanan. Kemiskinan yang berlangsung dalam waktu lama dapat mengakibatkan rumah tangga tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan yang dapat menyebabkan tidak tercukupinya gizi untuk pertumbuhan anak.

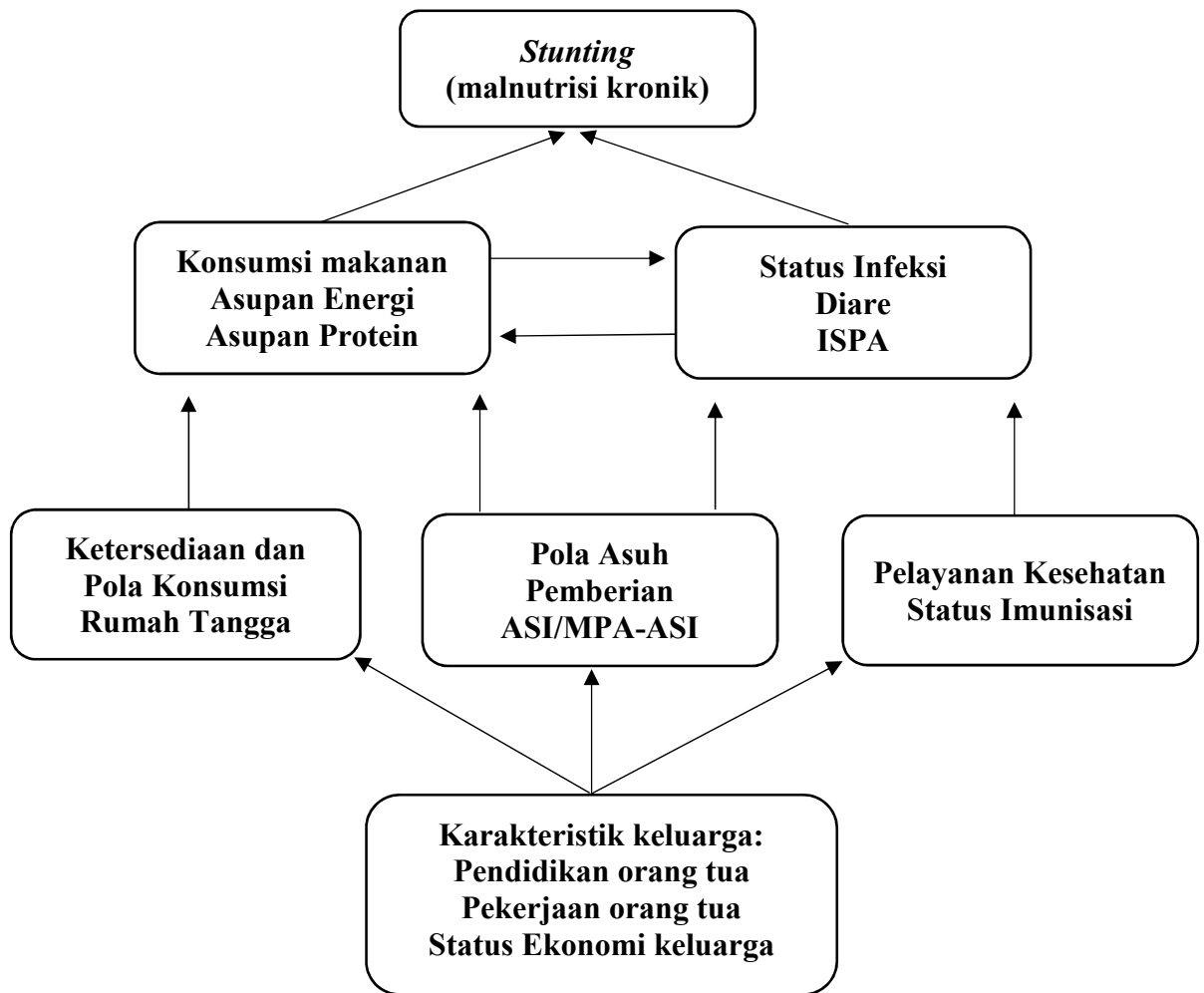
Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan oleh seseorang sebagai profesi dan sengaja dilakukan untuk memperoleh pendapatan. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, karena orang tua dapat menyediakan kebutuhan anak baik primer maupun sekunder. Tingkat pendapatan juga ikut menentukan jenis pangan yang akan dibeli dengan adanya tambahan penghasilan. Orang miskin membelanjakan sebagian besar untuk sereal, sedang orang kaya membelanjakan sebagian besar untuk hasil olah susu. Jadi penghasilan merupakan faktor penting baik kualitas maupun kuantitas makanan. Antara penghasilan dan gizi jelas ada hubungan yang menguntungkan. Pengaruh peningkatan penghasilan terhadap perbaikan kesehatan dan kondisi keluarga lain yang mengadakan interaksi dengan status gizi yang berlaku hamper universal (Andriani, 2012).

4. Penyakit Infeksi

Beberapa contoh infeksi yang sering dialami yaitu infeksi enterik seperti diare, enteropati, dan cacing, dapat juga disebabkan oleh infeksi pernafasan (ISPA), malaria, berkurangnya nafsu makan akibat serangan infeksi, dan inflamasi. Faktor penyebab lainnya adalah praktik higiene. Balita yang mengonsumsi makanan sebagai hasil dari praktik higiene yang buruk dapat meningkatkan risiko anak tersebut terkena penyakit infeksi. Penyakit infeksi ini biasa ditandai dengan gangguan nafsu makan dan muntah-muntah sehingga asupan balita tersebut tidak memenuhi kebutuhannya. Kondisi seperti ini yang nantinya akan berimplikasi buruk terhadap pertumbuhan anak (MCA, 2014). Praktik higiene dan sanitasi lingkungan sangat berkaitan dengan penyakit diare terutama di negara-negara berkembang, sehingga menimbulkan malnutrisi dan dampak seperti gizi kurang, *stunting*, hingga kejadian gizi buruk (Takanashi, dkk., 2009). Penelitian terkait praktik higiene dengan kejadian *stunting* sudah dilakukan oleh Rah dan tim di negara India (Rah dkk., 2018).

Pada referensi lain dikatakan bahwa tinggi badan merupakan hasil proses dari faktor genetik (biologik), kebiasaan makan (psikologik) dan terpenuhinya makanan yang bergizi pada anak (sosial). *Stunting* dapat disebabkan karena kelainan endokrin dan non endokrin. Penyebab terbanyak adalah adalah kelainan non endokrin yaitu penyakit infeksi kronis, gangguan nutrisi, kelainan gastrointestinal, penyakit jantung bawaan dan faktor sosial ekonomi.

D. Kerangka Teori



Gambar 1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Stunting*

(Sumber: Modifikasi UNICEF, 1990 dalam BAPPENAS, 2011;

Kanjilal, *et. al.*, 2010)

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel

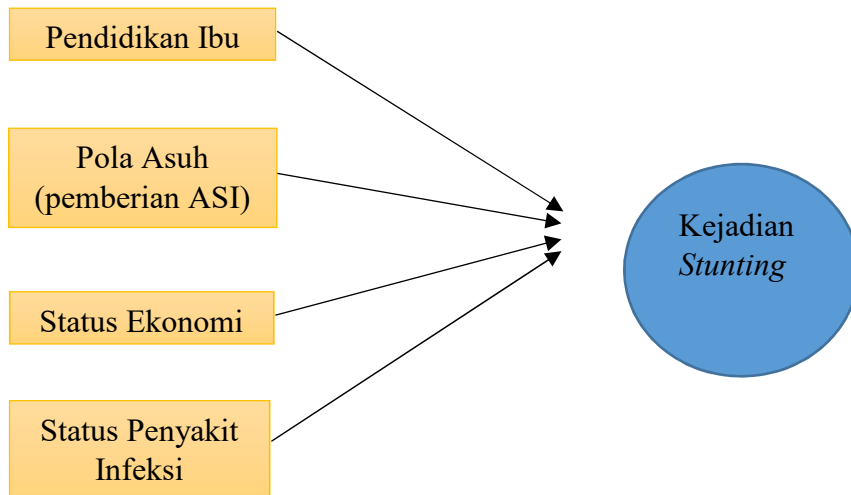
Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi dibawah lima tahun) akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir akan tetapi, kondisi *stunting* baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun. Balita pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (Multicentre Growth Reference Study) 2006. Sedangkan definisi *stunting* menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes, 2018) adalah anak balita dengan nilai z-scorenya kurang dari -2SD/standar deviasi (*stunted*) dan kurang dari - 3SD (*severely stunted*). Penelitian faktor risiko menjadi perhatian beberapa negara di dunia khususnya negara berkembang seperti Indonesia. Dari hasil Riskesdas 2018 menunjukkan sedikit penurunan angka *stunting*. Namun, masih jauh dari harapan kita. Sehingga dari penelitian ini, untuk melihat beberapa faktor risiko yang berkaitan dengan kejadian *stunting* dari beberapa variabel penelitian.

1. Pendidikan merupakan faktor penting bagi masyarakat, demi maju mundurnya kualitas masyarakat atau bangsa sangat bergantung pada pendidikan yang ada pada rakyat bangsa (Muhibbin, 2007). Ibu dengan tingkat pendidikan rendah lebih sulit menerima informasi daripada ibu dengan tingkat pendidikan tinggi.


2. Pola asuh (pemberian ASI Eksklusif) adalah pemberian Air Susu Ibu saja selama enam bulan pertama tanpa minuman atau makanan tambahan lain. Setelah 6 bulan, pemberian ASI dengan makanan pendamping ASI, lalu ASI dilanjutkan sampai dengan dua tahun atau. Salah satu faktor yang memegang peranan penting dalam peningkatan kualitas manusia adalah pemberian air susu ibu (Roesli, 2008). Masih rendahnya pemberian ASI eksklusif di keluarga menjadi salah satu pemicu rendahnya status gizi dan hal ini berhubungan dengan terlambatnya perkembangan neuro developmental bayi dan balita.
3. Status Ekonomi adalah Pengertian kalimat “status ekonomi keluarga” Status berarti keadaan atau kedudukan (orang, badan) dalam berhubungan dengan masyarakat di sekelilingnya. Ekonomi berarti urusan keuangan rumah tangga (organisasi, negara) di masyarakat istilah ekonomi biasanya berhubungan dengan permasalahan kaya dan miskin, keluarga berarti ibu bapak dan anak-anaknya satuan kekerabatan yang mendasar dalam masyarakat.
4. Penyakit infeksi yang disertai diare dan muntah dapat menyebabkan anak kehilangan cairan serta sejumlah zat gizi. Seorang anak yang mengalami diare akan terjadi malabsorpsi zat gizi dan hilangnya zat gizi dan bila tidak segera ditindaklanjuti dan diimbangi dengan asupan yang sesuai makan terjadi gagal tumbuh.


B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Ket :

 : Variabel Independen

 : Variabel Dependen

Gambar 2. Kerangka Konsep

C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Definisi operasional variabel penelitian merupakan penjelasan dari masing-masing variabel yang digunakan dalam penelitian terhadap indikator - indikator yang membentuknya. Definisi operasional penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut:

1. Pendidikan Ibu

Yang dimaksud pendidikan ibu pada penelitian ini adalah jenjang pendidikan formal terakhir yang telah ditempuh oleh responden pada saat penelitian dilakukan menurut pengakuan ibu.

Kriteria Objektif:

Tinggi : Jika minimal pendidikan terakhir yang ditamatkan responden tamat SLTA

Rendah : Jika maksimal pendidikan terakhir yang dilalui responden adalah tidak tamat SLTA

2. Pola Asuh (pemberian ASI Eksklusif)

Yang dimaksud pola asuh/pemberian ASI Eksklusif adalah pemberian hanya ASI saja untuk bayi sejak lahir sampai dengan usia 6 bulan.

Kriteria Objektif:

Ya : Memberikan ASI Eksklusif

Tidak : Tidak Memberikan ASI Eksklusif

3. Status Ekonomi

Yang dimaksud status ekonomi dalam penelitian ini adalah gambaran status ekonomi keluarga balita yang dikelompokkan berdasarkan jumlah pengeluaran per kapita sebulan untuk golongan makanan.

Kriteria Objektif:

Tinggi : Jika pendapatan keluarga (kuintil 4 dan 5)

Rendah : Jika pendapatan keluarga (kuintil 1,2 dan 3) (Kemenkes, 2010)

4. Status Penyakit Infeksi

Yang dimaksud status penyakit infeksi pada penelitian ini adalah status balita terhadap penyakit infeksi (ISPA dan Diare) selama enam bulan terakhir.

Kriteria Objektif:

Ya : Apabila pernah mengalami penyakit infeksi (ISPA atau Diare) selama enam bulan terakhir.

Tidak : Apabila tidak mengalami penyakit infeksi (ISPA atau Diare) selama enam bulan terakhir.

5. *Stunting*

Yang dimaksud *Stunting* adalah tinggi balita menurut umur (TB/U) kurang dari -2 SD sehingga lebih pendek daripada tinggi yang seharusnya.

Kriteria Objektif:

Ya : Mengalami *stunting* dengan < -2 SD HAZ

Tidak : Tidak mengalami *stunting* dengan ≥ -2 SD HAZ

D. Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis Alternatif (Ha)
 - a. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja Puskesmas Bua
 - b. Ada hubungan antara riwayat penyakit infeksi dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja Puskesmas Bua
 - c. Ada hubungan antara pola asuh dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja Puskesmas Bua.
 - d. Ada hubungan antara status ekonomi dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja Puskesmas Bua
2. Hipotesis Null (Ho)
 - a. Tidak ada hubungan antara tngkat pendidikan dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja Puskesmas Bua
 - b. Tidak ada hubungan antara riwayat penyakit dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja Puskesmas Bua
 - c. Tidak ada hubungan antara pola asuh dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja Puskesmas Bua
 - d. Tidak ada hubungan antara status ekonomi dengan kejadian *stunting* diwilayah kerja Puskesmas Bua

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu kuantitatif dengan desain rancangan penelitian *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mengetahui hubungan variabel bebas dan variabel terikat dengan melihat efek atau akibat pada saat ini. Adapun penelitian ini untuk melihat apakah faktor seperti pendidikan, penyakit infeksi, pola asuh dan status ekonomi memiliki hubungan terhadap kejadian *Stunting* di wilayah kerja Puskesmas Bua.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja puskesmas Bua Kab. Luwu. Waktu pelaksanaan penelitian ini adalah bulan mei tahun 2020 – juni tahun 2020.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Unit Analisis merupakan keseluruhan objek penelitian. Dalam penelitian ini populasi merupakan semua anak usia 12-36 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bua Sulawesi Selatan yaitu 654 anak.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian populasi yang mewakili suatu populasi (Saryono, 2011). Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 242 berdasarkan rumus perhitungan sampel yang dilakukan oleh peneliti, kemudian dirincikan sebagai berikut:

Besaran Sampel

Penentuan besar sampel akan ditentukan dengan menggunakan rumus Slovin sebagai berikut:

a. Slovin

Keterangan:

n = Ukuran sampel

N = Ukuran populasi

e = Batas toleransi kesalahan 5%

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{242}{1 + 242(0,05)^2}$$

$$n = \frac{242}{1 + 242(0,0025)}$$

$$n = \frac{242}{1 + 0,605}$$

$$n = \frac{242}{1,605}$$

$$n = 150,7$$

$$n = 151$$

D. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *nonprobability sampling*. Adapun teknik *nonprobability sampling* yang akan digunakan adalah *purposive sampling*. Hal ini didasarkan pada suatu pertimbangan yang dibuat oleh peneliti sendiri

dengan berdasarkan kriteria atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Sampel akan dimasukkan dalam penelitian apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :

Kriteria Inklusi:

- 1) Bersedia menjadi responden
- 2) Ibu yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Bua Kabupaten Luwu.

Kriteria Eksklusi:

- 1) Tidak bersedia menjadi responden
- 2) Ibu yang memiliki keterbatasan fisik dalam berkomunikasi (tunawisma dan tunarungu).

E. Instrumen Penelitian

1. Kuesioner

Kuesioner merupakan metode pengumpulan data yang lebih efisien bila peneliti telah mengetahui dengan pasti variabel yang akan diukur dan tahu apa yang diharapkan dari responden. Kuesioner yang digunakan peneliti pada penelitian ini bersumber dari Kementerian Kesehatan.

- a. Kuesioner identitas responden yang berisi nama responden, alamat, umur, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan, nama suami, pekerjaan, penghasilan suami.

- b. Kuesioner identitas anak yang berisi nama anak, tanggal lahir anak, berat badan anak, tinggi badan anak, umur anak, umur anak pada saat awal pemberian MP ASI.
- c. Kuesioner tentang riwayat penyakit infeksi dan dire pada anak yang berisi pernyataan pernah sakit, jenis penyakit yang diderita, berapa lama menderita penyakit, dan kapar terakhir terjangkit penyakit dalam kurun waktu enam bulan terakhir.
- d. Kuesioner tentang status ekonomi yang berisikan pengeluaran rumah tangga untuk makanan dalam kurun waktu satu minggu terakhir (berasal dari pembelian, produk sendiri dan atau pemberian).
- e. Kuesioner pola asuh praktik pemberian ASI eksklusif yang berisi apakah ibu pernah menyusui, lama pemberian ASI pada anak setelah lahir, apakah ada pemberian makanan pada anak dalam kurun waktu 3 hari setelah kelahiran, apakah ada yang merekomendasikan pemberian ASI pada anak, apakah pada saat ini anak masih diberikan ASI, apakah anak sudah diberikan makanan tambahan selain ASI.

2. Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)

Buku KIA merupakan metode pengumpulan data untuk melihat data dari responden mulai dari identitas sampai riwayat penyakit.

3. *Length Board* dan *Microtoise*

Alat ukur panjang badan (*length board*) untuk mengukur panjang badan anak usia 12-24 bulan dan *microtoise* untuk mengukur panjang badan anak usia 25-36 bulan.

Adapun prosedur penggunaan *length board* sebagai berikut:

- a) Letakkan *length board* pada meja atau tempat yang rata. Bila tidak ada meja, alat dapat diletakkan di atas tempat yang datar seperti lantai.
- b) Letakkan alat ukur dengan posisi panel kepala di sebelah kiri dan panel penggeser di sebelah kanan pengukur. Panel kepala adalah bagian yang tidak bisa digeser.
- c) Tarik geser bagian panel yang dapat digeser sampai diperkirakan cukup panjang untuk menaruh bayi.
- d) Baringkan bayi dengan posisi telentang, diantara kedua siku, dan kepala bayi menempel pada bagian panel yang tidak dapat digeser.
- e) Rapatkan kedua kaki dan tekan lutut bayi secara perlahan sampai lurus dan menempel pada tempat menaruh alat ukur. Tekan telapak kaki bayi sampai membentuk siku, kemudian geser bagian panel yang dapat digeser sampai tepat menempel pada telapak kaki bayi.
- f) Bacalah panjang badan bayi pada skala ke arah yang lebih besar. Misalkan: 67,5 cm.
- g) Setelah pengukuran selesai, kemudian bayi diangkat dan dipindahkan.

Adapun prosedur penggunaan *microtoise* sebagai berikut:

- b) Pilih bidang vertikal yang datar (misalnya tembok atau bidang pengukuran lainnya) sebagai tempat untuk meletakkan.
- c) Pasang *microtoise* pada bidang tersebut dengan kuat dengan cara meletakkannya didasar bidang atau lantai, kemudian tarik ujung meteran hingga 2 meter keatas secara vertikal atau lurus hingga *microtoise* menunjukkan angka nol.
- d) Pasang penguat seperti paku dan lakban pada ujung *microtoise* agar posisi tidak bergeser (hanya berlaku pada *microtoise portable*).
- e) Mintalah pada subjek yang akan diukur untuk melepaskan alas kaki (sepatu dan kaos kaki) dan melonggarkan ikatan rambut (bila ada).
- f) Persilahkan subjek untuk berdiri tepat dibawah *microtoise*.
- g) Pastikan subjek berdiri tegak, pandangan lurus kedepan, kedua lengan berada disamping, posisi lutut tegak atau tidak menekuk, dan telapak tangan menghadap ke paha (posisi siap).
- h) Setelah itu pastikan pula kepala, punggung, bokong, betis dan tumit menempel pada bidang vertikal dan subjek dalam keadaan rileks.
- i) Turunkan *microtoise* hingga menyentuh rambut subjek namun tidak terlalu menekan dan posisi *microtoise* tegak lurus.
- j) Catat hasil pengukuran.

F. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam rangka mencapai tujuan penelitian.

1. Wawancara

Wawancara dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan panduan kuesioner kepada responden yang terpilih menjadi responden, untuk mengetahui faktor risiko *stunting*.

2. Pengukuran

Pengukuran dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan *Length Board* dan *Microtoise* kepada responden yang terpilih menjadi responden, untuk menentukan status gizi responden.

3. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan dengan cara mengambil data dari hasil laporan puskesmas ke dinas kesehatan mengenai identitas riwayat kesehatan pasien/responden.

G. Sumber Data

Data Primer

Data yang diperoleh dengan cara observasi dan pengumpulan semua data hasil wawancara yang menggunakan kuesioner serta hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan pada anak serta hasil pencatatan berkas rekam medis di rekam medik Puskesmas Bua, Kab. Luwu.

H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Teknik Pengolah Data

Pengolahan data dilakukan secara komputerisasi, yaitu menggunakan program SPSS. Pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a. *Editing*

Memeriksa data yang telah dikumpulkan dari responden berupa daftar pertanyaan, kemudian melakukan pengecekan atau pengoreksian data yang telah terkumpul, tujuannya untuk menghilangkan kesalahan-kesalahan yang terdapat pada pencatatan dilapangan dan bersifat koreksi.

b. *Coding*

Pemberian kode-kode pada tiap-tiap data yang termasuk dalam katagori yang sama. Kode adalah isyarat yang dibuat dalam bentuk angka atau huruf yang memberikan petunjuk atau identitas pada suatu informasi atau data yang akan dianalisis.

c. *Entry Data*

Tahap memasukkan data variabel ke dalam lembar kerja program analisis data yang digunakan dalam bentuk kode.

d. *Cleaning Data*

Proses pengecekan data untuk penetapan dan pemulihan data yang hilang, pengecekan penentapan meliputi pemeriksaan data yang out of range (di luar cakupan), tidak konsisten secara logika, ada nilai-nilai ekstrim, data dengan nilai-nilai tdk terdefinisi, sedangkan pemulihan data yang hilang adalah nilai dari suatu

variabel yang tidak diketahui dikarenakan jawaban responden yang membingungkan.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan tiap-tiap variabel yaitu variabel pendidikan, pola asuh, status ekonomi dan status penyakit infeksi yang disajikan dalam bentuk tabel dan grafik untuk memberikan gambaran umum hasil penelitian tentang beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian *stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Bua Kab. Luwu.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012). Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan atau pengaruh dan membuktikan hipotesis antar variabel bebas dengan variabel terikat secara sendiri-sendiri.

Adapun variabel yang dianalisis ialah pendidikan ibu dengan kejadian *stunting*, status ekonomi dengan kejadian *stunting*, pola asuh asi eksklusif dengan kejadian *stunting*, dan status penyakit infeksi dengan kejadian *stunting*, dengan menggunakan uji *chi-square*.

I. Penyajian Data

Data yang telah dianalisis selanjutnya akan disajikan dalam bentuk tabel, yaitu tabel frekuensi (*one-way tabulation*) dan *crossstabulation* (*two-way tabulation*). Tabel frekuensi disajikan untuk analisis univariat, sedangkan *crossstabulation* untuk analisis bivariat. Tabel ini akan disertai dengan narasi berupa penjelasan mengenai frekuensi serta hubungan antarvariabel.