

| | |
|--|-----------|
| H. Penyajian Data..... | 39 |
| BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN | 40 |
| A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 40 |
| B. Hasil | 44 |
| C. Pembahasan | 50 |
| D. Hambatan Penelitian | 68 |
| BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN..... | 69 |
| A. Kesimpulan..... | 69 |
| B. Saran..... | 70 |
| DAFTAR PUSTAKA | 71 |
| LAMPIRAN | |
| RIWAYAT HIDUP | |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Indeks PB/U atau TB/U..... | 11 |
| Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Kunjungan Pemeriksaan Antenatal Care..... | 45 |
| Tabel 5.2 Distribusi Status Gizi Anak Baduta..... | 45 |
| Tabel 5.3 Distribusi Status Gizi Berdasarkan Frekuensi Kunjungan Antenatal Care..... | 46 |
| Tabel 5.4 Distribusi Status Gizi Berdasarkan Jenis Kelamin | 46 |
| Tabel 5.5 Distribusi Kunjungan Pertama Pemeriksaan 10T Standar Pemeriksaan Antenatal Care | 47 |
| Tabel 5.6 Distribusi Kunjungan Kedua Pemeriksaan 10T Standar Pemeriksaan Antenatal Care..... | 48 |
| Tabel 5.7 Distribusi Kunjungan Ketiga Pemeriksaan 10T Standar Pemeriksaan Antenatal Care..... | 50 |
| Tabel 5.8 Distribusi Kunjungan Keempat Pemeriksaan 10T Standar Pemeriksaan Antenatal Care..... | 51 |
| Tabel 5.9 Distribusi Kesimpulan Kunjungan Pemeriksaan 10T Antenatal Care..... | 53 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|----------------------------------|----|
| Gambar 3.1 Kerangka Teori | 29 |
| Gambar 3.2 Kerangka Konsep | 30 |

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Penjelasan
2. Lembar Inform Consent
3. Kuesioner Penelitian
4. Master Tabel
5. Hasil Analisis Data Menggunakan SPSS
6. Dokumentasi
7. Surat Izin Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Baduta adalah sebutan yang ditujukan untuk anak usia bawah dua tahun atau sekitar 0-24 bulan (Depkes RI, 2006). Masa ini menjadi begitu penting karena di masa inilah upaya menciptakan sumber daya manusia yang baik dan berkualitas. Apalagi 6 bulan terakhir kehamilan dan dua tahun pertama setelah melahirkan, biasanya disebut dengan periode emas dimana sel otak dalam perkembangan dan pertumbuhan yang optimal. Kekurangan gizi pada masa ini dapat menyebabkan gagal tumbuh dan berakibat buruk dimasa yang akan datang (Hadi, 2005).

Salah satu masalah gizi yang masih dijumpai di negara kita adalah *Stunting* merupakan status gizi kurang yang bersifat kronik pada masa pertumbuhan dan perkembangan sejak awal. Menurut *World Health Organization*, *stunting* adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang dialami anak-anak akibat gizi buruk, infeksi berulang dan stimulasi psikososial yang tidak memadai. *Stunting* diukur sebagai status gizi dengan memperhatikan tinggi atau panjang badan, umur, dan jenis kelamin balita (Sutarto, 2018).

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan yang terhambat termasuk kesehatan dan gizi ibu yang buruk, praktik pemberian makan anak yang tidak memadai, dan infeksi. Secara umum, hal ini termasuk status gizi dan kesehatan ibu sebelum, selama dan setelah kehamilan, yang memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan awal anak, dimulai di dalam Rahim (Ozaltin et al., 2010). Misalnya, pembatasan pertumbuhan intrauterin

karena kekurangan gizi ibu atau diperkirakan dengan tingkat berat badan lahir rendah (Black et al., 2013). Selain itu, *stunting* termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi social ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita *stunting* di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal (Kemenkes RI, 2018).

Kejadian balita pendek atau biasa disebut dengan *stunting* merupakan salah satu masalah gizi yang dialami oleh balita di dunia saat ini. Pada tahun 2020 prevalensi balita yang mengalami *stunting* di dunia sebanyak 22% atau sekitar 149,2 juta anak. Namun angka ini sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan angka *stunting* pada tahun 2016 yaitu 22,9% (WHO, 2020). Pada tahun 2020, Asia tenggara menempati urutan ke enam prevalensi *stunting* tertinggi yaitu 27,4%, sedangkan pada posisi pertama yaitu Osenia 41,4% dan yang kedua afrika tengah sebanyak 36,8% (WHO, 2020).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan penurunan prevalensi *stunting* ditingkat nasional sebesar 6,4% selama periode 5 tahun, yaitu dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018). Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) pada tahun 2021, menunjukkan angka *stunting* pada balita di Indonesia sebesar 24,4% dengan 19% bertubuh pendek dan 5,4% sangat pendek serta angka *stunting* pada anak bawah dua tahun (baduta) sebesar 20,8%. Walaupun mengalami penurunan tapi jumlah tersebut masih tergolong tinggi dimana, menurut WHO standar prevalensi *stunting* adalah kurang dari 20%. Menurut hasil SSGI tersebut, terdapat 27 provinsi dengan prevalensi *stunting*

yang termasuk kategori kronis-akut ($\text{stunted} \geq 20\%$) dan Sulawesi Selatan merupakan salah satu dari 27 provinsi tersebut (SSGI, 2021).

Kejadian *stunting* sering dijumpai pada anak dibawah usia lima tahun (balita). Berdasarkan data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi balita *stunting* di Sulawesi Selatan sebesar 35,7% dengan 23,2% pendek dan 12,5% sangat pendek. Sedangkan pada tahun 2021, menurut SSGI prevalensi *stunting* balita di Sulawesi Selatan sebesar 27,4 % dan untuk Kota Makassar sebesar 18,8 % (SSGI, 2021).

Menurut data dinas kesehatan kota Makassar 2021, prevalensi *stunting* tertinggi di wilayah Kota Makassar dari 14 kecamatan puskesmas adalah Puskesmas Tamalanrea, Kecamatan Tamalanrea, Kota Makassar Sulawesi Selatan yang mencapai angka 22,93% dimana angka tersebut masih tergolong tinggi.

Di negara berkembang, kurang gizi pada pra-hamil dan ibu hamil berdampak pada lahirnya anak yang IUGR (Intra Uterine Growth Retardation) dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Kondisi IUGR 3nalis separuhnya terkait dengan status gizi ibu, yaitu berat badan (BB) ibu pra-hamil yang tidak sesuai dengan tinggi badan ibu atau bertubuh pendek, dan penambahan berat badan selama kehamilannya (PBBH) kurang dari seharusnya. Ibu yang pendek waktu usia 2 tahun cenderung bertubuh pendek pada saat menginjak dewasa. Apabila hamil ibu pendek akan cenderung melahirkan bayi yang BBLR. Ibu hamil yang pendek membatasi aliran darah rahim dan pertumbuhan uterus, plasenta dan janin sehingga akan

lahir dengan berat badan rendah (Kramer, 1987). Apabila tidak ada perbaikan, terjadinya IUGR dan BBLR akan terus berlangsung di generasi selanjutnya sehingga terjadi masalah anak pendek intergenerasi (Sari et al., 2010). Gizi ibu dan status kesehatan sangat penting sebagai penentu *stunting*. Selain itu, *stunting* akan berdampak dengan proses kembang otak yang terganggu, dimana dalam jangka pendek berpengaruh pada kemampuan kognitif, sedangkan dampak jangka panjang dari *stunting* adalah kurangnya kapasitas untuk berpendidikan lebih baik dan hilangnya kesempatan untuk peluang kerja dengan pendapatan lebih baik. Dalam jangka panjang, anak *stunting* yang berhasil mempertahankan hidupnya, pada usia dewasa cenderung akan menjadi gemuk (*obese*), dan berpeluang menderita penyakit tidak menular (PTM), seperti hipertensi, diabetes, kanker, dan lain-lain (Kemenkes, 2018).

Faktor determinan *stunting* dimana diawali dengan perlambatan atau retardasi pertumbuhan janin yang dikenal sebagai IUGR (*Intra Uterine Growth Retardation*) (Rahayu, 2011). Faktor sosial ekonomi juga menjadi salah satu faktor determinan lainnya seperti status sosial ekonomi, usia, jenis kelamin dan pendidikan ibu merupakan faktor penting dari status gizi anak yang mengalami *underweight* dan *stunting*. Faktor lain yang berhubungan dengan kejadian *stunting* adalah kunjungan ANC (*antenatal care*). *Antenatal care* (ANC) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis, kebidanan, dokter umum, bidan, dan perawat) kepada ibu hamil selama masa kehamilan sesuai dengan standar pelayanan *antenatal* yang diterapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK). Kunjungan pelayanan

antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 (empat) kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu yakni: 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2 dan 2 kali pada trimester 3 (Achmadi, 2013).

Dalam melaksanakan pelayanan *Antenatal Care* ada sepuluh standar pelayanan yang harus diperhatikan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. 10 T yang dimaksud yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur LiLA, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan, beri tablet tambah darah, periksa laboratorium, tatalaksana kasus dan temu wicara.

Salah satu standar pemeriksaan 10 T adalah pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA). Pengukuran LILA hanya dilakukan untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami Kurang Energi Kronis (KEK) mempunyai risiko 8,24 kali lebih besar melahirkan bayi dengan BBLR yang akan berdampak *stunting* pada anak di masa akan 5nalis (Ismi, 2011).

Dari penelitian Amini (2016) terdapat hubungan yang bermakna antara kunjungan ANC dengan kejadian *stunting* pada balita usia 12-59 bulan dengan menggunakan pendekatan retrospektif dengan kesimpulan bahwa kunjungan ANC tidak terstandar memiliki peluang lebih besar meningkatkan kejadian *stunting*. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hutasoit (2020) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kunjungan *antenatal care* dengan kejadian *stunting*.

Berdasarkan dari pemaparan latar belakang diatas, dimana masih tingginya kejadian *stunting* yang terjadi merupakan masalah yang harus diperhatikan. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai gambaran riwayat *antenatal care* kehamilan terhadap kejadian *stunting* pada baduta di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan pemaparan latar belakang yang telah dikemukakan diatas, demikian rumusan masalah yang diangkat dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Bagaimanakah gambaran 10 T standar pemeriksaan *antenatal care* pada ibu saat hamil dan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-23 bulan di Puskesmas Tamalanrea?
2. Bagaimanakah gambaran riwayat *antenatal care* kehamilan dan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-23 bulan di Puskesmas Tamalanrea?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kejadian *stunting* pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran 10T standar pemeriksaan *antenatal care* pada ibu saat hamil dan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea
- b. Untuk mengetahui gambaran riwayat *antenatal care* kehamilan

dan kejadian *stunting* pada baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini secara teoritis diharapkan memberikan kontribusi dalam ilmu pengetahuan dalam bentuk bahan bacaan khususnya di bidang ilmu gizi

2. Manfaat Institusi

Hasil dari penelitian ini diharapkan menjadi salah satu informasi penting bagi para civitas akademika FKM UNHAS untuk melakukan pengkajian serta penelitian lanjutan.

3. Manfaat Praktis

Hasil dari penelitian ini secara praktis dapat digunakan sebagai referensi bagi masyarakat dan sebagai sumber informasi dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat terutama di bidang ilmu gizi.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan umum tentang *stunting*

1. Definisi *stunting* pada baduta

Anak usia di bawah dua tahun atau sering disebut dengan Baduta adalah anak yang berusia sekitar 0-24 bulan. Kelompok usia baduta merupakan usia emas karena pada usia tersebut terjadi perkembangan kognitif, motorik dan emosial serta pertumbuhan fisik anak. Potensi tersebut berkontribusi terhadap pembentukan sumber daya manusia sebagai generasi penerus bangsa yang berkualitas. Status gizi yang baik mendukung proses pertumbuhan dan perkembangan anak (Kemenkes RI, 2018). Anak-anak dikatakan sehat jika mereka tumbuh dan berkembang secara memadai. Ini ditentukan melalui pengukuran tinggi dan berat badan ideal yang sesuai dengan usia.

Stunting atau balita pendek adalah balita dengan status gizi berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umur bila dibandingkan dengan standar baku WHO, nilai Z-scorenya kurang dari -2SD dan dikategorikan sangat pendek jika nilai Z-scorenya kurang dari -3SD (Kemenkes RI, 2016). *Stunting* dapat terjadi disebabkan kondisi kekurangan gizi kronis dalam rentang waktu yang lama dimulai sejak janin dalam kandungan sampai awal kehidupan anak (1000 Hari Pertama Kehidupan). Anak yang mengalami *stunting* akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, selain itu anak lebih rentan terhadap penyakit dan di masa yang akan datang dapat beresiko terjadinya penurunan tingkat produktivitas.

Stunting pada anak merupakan indikator utama dalam menilai kualitas modal sumber daya manusia di masa mendatang. Gangguan pertumbuhan yang diderita anak pada awal kehidupan, dapat menyebabkan kerusakan yang permanen (Anisa, 2012). Antropometri berasal dari “*anthro*” yang berarti manusia dan “*metron*” yang berarti ukuran. Secara definitif antropometri dinyatakan sebagai suatu studi yang menyangkut pengukuran dimensi tubuh manusia dan aplikasi rancangan yang menyangkut geometri fisik, massa, kekuatan dan karakteristik tubuh manusia yang berupa bentuk dan ukuran. Manusia pada dasarnya akan memiliki bentuk, ukuran tinggi dan berat yang berbeda satu dengan yang lainnya. Antropometri secara luas akan digunakan sebagai pertimbangan–pertimbangan ergonomis dalam memerlukan interaksi manusia. Dengan pengukuran antropometri akan diketahui tinggi badan, berat badan dan ukuran badan aktual seseorang. Selanjutnya tinggi badan, berat badan dan ukuran tubuh seseorang dapat digunakan untuk tujuan menilai pertumbuhan dan distribusi tubuh seseorang, serta dapat berguna sebagai data referensi. Pengukuran antropometri adalah pengukuran terhadap bagian-bagian tubuh yang berfungsi untuk menentukan status seseorang dengan bersumber pada tulang, otot dan lemak.

Indeks Antropometri. Indeks antropometri adalah kombinasi antara beberapa parameter, yang merupakan dasar dari penilaian status gizi. Indeks Antropometri terdiri dari:

- a. Tinggi badan menurut umur (TB/U)

- b. Berat badan dibagi umur (BB/U)
- c. Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)
- d. Lingkar lengan atas menurut umur (LILA/U)

Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Kelebihan indeks TB/U antara lain sensitivitas dan spesivitasnya termasuk tinggi untuk menilai status gizi masa lampau. Kombinasi antara berat badan (BB) dan umur (U) membentuk indikator BB menurut U yang disimbolkan dengan BB/U, yang digunakan untuk melakukan penilaian dengan melihat perubahan berat badan pada saat pengukuran dilakukan, yang dalam penggunaannya memberikan gambaran keadaan gizi masa sekarang. Kombinasi antara Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Umur (U) membentuk indikator IMT menurut U yang disimbolkan dengan IMT/U, dalam pengukuran ini menggunakan parameter BB yang memiliki hubungan linear dengan TB. Dalam keadaan normal perkembangan BB searah dengan pertumbuhan TB dengan kecepatan tertentu yang dilihat berdasarkan umurnya dan dapat menilai kondisi gizi berdasarkan postur tubuhnya menurut umur.

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Indeks PB/U atau TB/U

| Indeks | Status Gizi | Z-score (Ambang Batas) |
|----------------|---------------|------------------------|
| PB/U atau TB/U | Sangat pendek | < -3 SD |
| | Pendek | -3 SD s/d < -2 SD |
| | Normal | -2 SD s/d +3 SD |
| | Tinggi | > +3 SD |

Sumber : Modifikasi dari Kemenkes RI, 2020

Adapun kelebihan dan kelemahan antropometri adalah :

- a. Kelebihan Antropometri :
 - 1) Prosedurnya sederhana, aman dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar.
 - 2) Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli, tetapi cukup dilakukan oleh tenaga yang sudah dilatih dalam waktu singkat dapat melakukan pengukuran antropometri. Kader gizi (posyandu) tidak perlu seorang ahli, tetapi dengan pelatihan singkat ia dapat melaksanakan kegiatannya secara rutin.
 - 3) Alatnya murah, mudah dibawa, tahan lama, dapat dipesan dan dibuat di daerah setempat. Memang ada alat antropometri yang mahal dan harus diimpor dari luar negeri, tetapi penggunaan alat itu hanya tertentu saja seperti Skin Fold Caliper untuk mengukur lemak dibawah kulit.
 - 4) Metode ini tepat dan akurat, karena dapat dilakukan.
 - 5) Dapat mendeteksi atau menggambarkan riwayat gizi di masa lampau.
 - 6) Umumnya dapat mengidentifikasi status gizi sedang, kurang, dan gizi buruk, karena sudah ada ambang batas yang jelas.

- 7) Metode antropometri dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu, atau dari satu generasi ke generasi berikutnya.
- 8) Metode antropometri gizi dapat digunakan untuk penapisan kelompok yang rawan terhadap gizi.

b. Kelemahan Antropometri :

- 1) Tidak sensitif, metode ini tidak dapat mendeteksi status gizi dalam waktu singkat. Di samping itu tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu seperti zink dan Fe.
- 2) Faktor diluar gizi (penyakit, genetik, dan penurunan penggunaan energi) dapat menurunkan spesifikasi dan sensitivitas pengukuran antropometri.
- 3) Kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi, dan validitas pengukuran antropometri gizi.
- 4) Kesalahan ini terjadi karena, pengukuran, perubahan hasil pengukuran baik fisik maupun komposisi jaringan, serta analisis dan asumsi yang keliru.
- 5) Sumber kesalahan biasanya berhubungan dengan latihan petugas yang tidak cukup

2. Penyebab *stunting*

Penyebab *stunting* dapat juga dikatakan sebagai suatu bentuk adaptasi fisiologis pertumbuhan atau non patologis karena dua penyebab utamanya adalah asupan makanan yang tidak adekuat dan respon terhadap tingginya penyakit infeksi (Sudirman, 2012). Faktor-faktor

yang dapat mempengaruhi *stunting* terbagi atas dua macam faktor yaitu faktor secara langsung yakni asupan makanan, penyakit infeksi, berat badan lahir rendah dan malnutrisi. Sedangkan faktor secara tidak langsung yakni pengetahuan tentang gizi, malnutrisi orang tua, malnutrisi ekonomi, pola asuh orang tua, distribusi makanan dan besarnya keluarga/jumlah anggota keluarga serta masih terbatasnya layanan kesehatan salah satunya adalah layanan ANC-Ante Natal Care (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) Post Natal Care dan pembelajaran dini yang berkualitas. Banyak penelitian mengungkapkan bahwa prevalensi *stunting* banyak ditemukan pada balita dari keluarga yang berstatus malnutrisi ekonomi rendah, penyakit infeksi, malnutrisi yang rendah, jumlah anggota keluarga, pekerjaan ibu dan sanitasi lingkungan (Lainua, 2016).

3. Dampak *stunting*

Stunting dapat menyebabkan otak seorang anak kurang berkembang yang berarti 1 dari 3 anak Indonesia akan kehilangan peluang lebih, baik dalam hal malnutrisi maupun pekerjaan. *Stunting* bukan hanya pada ukuran fisik pendek, namun lebih pada konsep bahwa proses terjadinya *stunting* bersamaan dengan proses terjadinya hambatan pada pertumbuhan dan perkembangan organ lainnya, salah satunya otak. Dampak buruk dari *stunting* dalam jangka pendek bisa menyebabkan terganggunya perkembangan kognitif, motorik dan verbal pada anak tidak optimal serta peningkatan kejadian kesakitan dan kematian juga

peningkatan biaya kesehatan. Sedangkan dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya), meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya, menurunnya kesehatan reproduksi, kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah, produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal. (Kemenkes RI, 2018).

4. Penanggulangan *stunting*

Stunting adalah salah satu target dari Sustainable Development Goals (SDGs) yang merupakan tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2025. Untuk mewujudkan hal tersebut, pemerintah menetapkan *stunting* sebagai salah satu program prioritas. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi *stunting* meliputi ibu hamil dan bersalin dengan melakukan intervensi pada 1.000 hari pertama kehidupan, mengupayakan jaminan mutu ante natal care (ANC) terpadu, meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan, menyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan mikronutrien (TKPM), deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular),

pemberantasan kecacangan, meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam Buku KIA, menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI eksklusif dan penyuluhan dan pelayanan KB. Kemudian sasaran selanjutnya yaitu balita dengan melakukan pemantauan pertumbuhan balita, menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita, menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak dan memberikan pelayanan kesehatan yang optimal. Kemudian anak usia sekolah dengan melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), menguatkan kelembagaan Tim Pembina UKS, menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS) dan memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba. Lalu kepada remaja dengan meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba serta pendidikan kesehatan reproduksi. Dan yang terakhir intervensi pada usia dewasa muda dengan melakukan penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB), deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular) dan meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba (Kemenkes RI, 2018).

B. Tinjauan umum tentang *Antenatal Care*

1. Pengertian *Antenatal Care* (ANC)

Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi, dan anak balita yang dilakukan oleh bidan atau dokter merupakan sebagian dari pelayanan kesehatan yang dapat diperoleh oleh seluruh masyarakat

Indonesia yang telah menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai dengan isi Permenkes No. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan tenaga profesional atau tenaga medis seperti dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, dan perawat kepada ibu hamil selama masa kehamilan yang sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang diterapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK). Kunjungan pelayanan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 (empat) kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu yaitu 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2 dan 2 kali pada trimester 3 (Sakinah & Fibriana, 2015). Pelayanan antenatal adalah pelayanan yang terdiri dari beberapa pemeriksaan seperti pemeriksaan kesehatan, pengamatan, dan pendidikan kepada ibu hamil secara terstruktur dan terencana untuk mendapatkan suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan.

2. Tujuan pelayanan ANC

Tujuan pelayanan ANC adalah untuk mempersiapkan persalinan dan kelahiran dengan mencegah, mendeteksi, dan mengatasi masalah kesehatan selama kehamilan yang memengaruhi ibu hamil dan janinnya, meliputi komplikasi kehamilan itu sendiri, kondisi yang mungkin dapat membahayakan kehamilan ibu, serta efek dari gaya hidup yang tidak sehat.

Menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 tahun 2014 pasal 2 mengenai Pengaturan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual bertujuan untuk:

- a. Menjamin kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas
- b. Mengurangi angka kesakitan dan angka kematian ibu dan bayi baru lahir
- c. Menjamin tercapainya kualitas hidup dan pemenuhan hak-hak reproduksi
- d. Mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang bermutu, aman, dan bermanfaat sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

3. Standar Pelayanan ANC

Pada saat ibu hamil melakukan kunjungan *antenatal care* kepada tenaga kesehatan harus melakukan pemeriksaan antenatal dengan memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar (Kemenkes, 2014) terdiri dari :

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan

pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).

b. Ukur lingkaran lengan atas (LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamilberisiko KEK. Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

c. Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah atau tungkai bawah atau proteinuria).

d. Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai

atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini.

g. Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat

minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

h. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

1) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

2) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh

kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.

3) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

4) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga.

5) Pemeriksaan darah Malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria apabila ada indikasi.

6) Pemeriksaan tes Sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis.

Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

7) Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Teknik penawaran ini disebut Provider Initiated Testing and Counselling (PITC) atau Tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling (TIPK).

8) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan. Mengingat kasus perdarahan dan preeklamsi/eklamsi merupakan penyebab utama kematian ibu, maka diperlukan

pemeriksaan dengan menggunakan alat deteksi risiko ibu hamil oleh bidan termasuk bidan desa meliputi alat pemeriksaan laboratorium rutin (golongan darah, Hb), alat pemeriksaan laboratorium khusus (gluko-protein urin), dan tes hamil.

i. Tatalaksana/penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j. Temu wicara

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

a. Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

b. Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan

menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah raga ringan.

c. Peran suami/keluarga

Dalam kehamilan dan perencanaan persalinan Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenal tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dsb. Mengetahui tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

e. Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu

hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

f. Gejala penyakit menular dan tidak menular

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular dan penyakit tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

g. Penawaran untuk melakukan tes HIV dan Konseling di daerah Epidemologi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.

Setiap ibu hamil ditawarkan untuk dilakukan tes HIV dan segera diberikan informasi mengenai resiko penularan HIV dari ibu ke janinnya. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dilakukan konseling Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Bagi ibu hamil yang negatif diberikan penjelasan untuk menjaga tetap HIV negatif diberikan penjelasan untuk menjaga HIV negative selama hamil, menyusui dan seterusnya.

h. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

i. KB paska persalinan

Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan keluarga.

j. Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mempunyai status imunisasi (T) yang masih memberikan perlindungan untuk mencegah ibu dan bayi mengalami tetanus neonatorum. Setiap ibu hamil minimal mempunyai status imunisasi T2 agar terlindungi terhadap infeksi tetanus.

k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Brain booster)

Untuk dapat meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (brain booster) secara bersamaan pada periode kehamilan (Kemenkes, 2014).

C. Tinjauan Umum Tentang Kunjungan *Antenatal care* dengan Kejadian *Stunting*

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) sangat perlu dilakukan yang bertujuan untuk mengoptimalkan kesehatan mental, fisik ibu maupun bayi. Kegunaan ANC khususnya untuk ibu adalah supaya ibu mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan

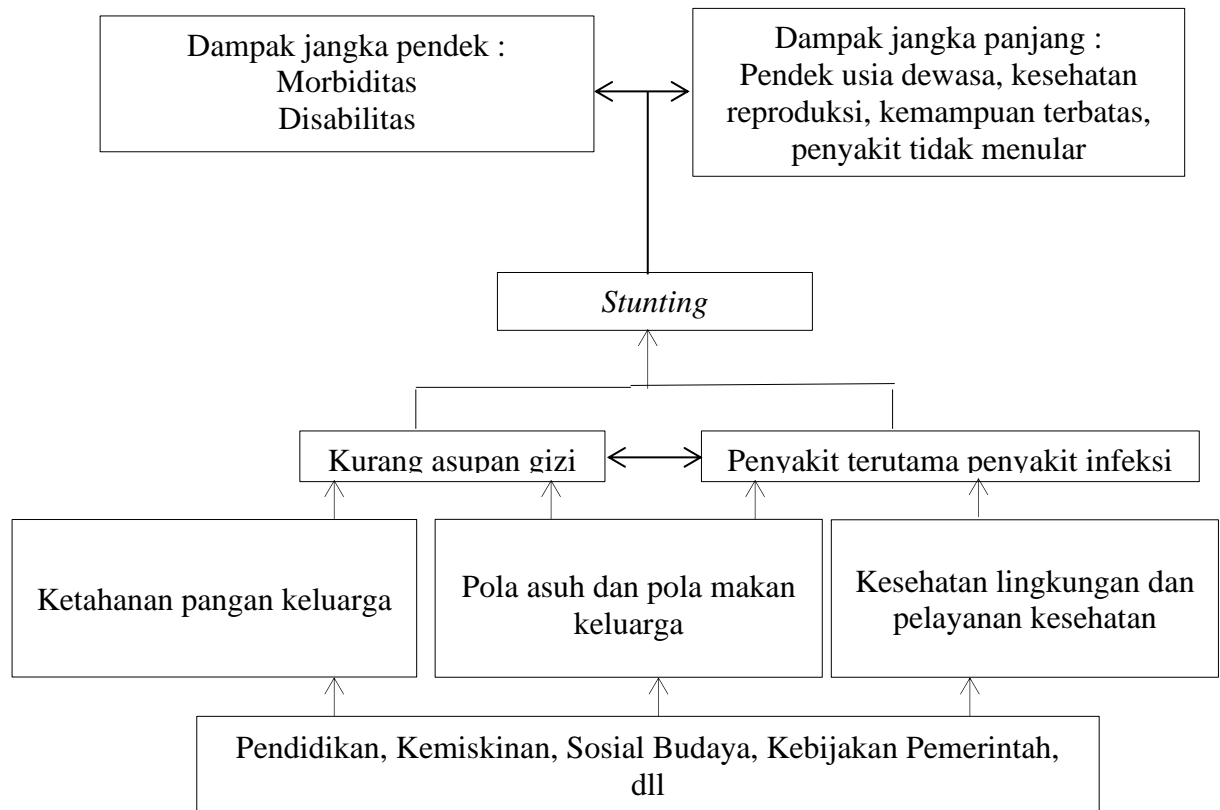
reproduksi secara wajar (Manuaba, 1998). Pelayanan ANC adalah pelayanan yang bersifat preventif atau pencegahan untuk memantau kesehatan ibu dan mencegah komplikasi bagi ibu dan janin. Upaya yang harus dilakukan adalah mengupayakan wanita hamil harus sehat sampai persalinan, bilamana ada kelaianan fisik atau psikologis dapat diketahui dengan segera, dan ibu hamil dapat melahirkan tanpa penyulit (Bartini, 2012).

Frekuensi pemeriksaan ANC minimal 4 kali selama periode hamil. Pemeriksaan meliputi anamnesis, dan pemantauan ibu dan janin, mengenali kehamilan resiko tinggi, imunisasi, nasihat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan (Jannah, 2012).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Najahah pada anak usia 12-36 bulan di wilayah Puskesmas Dasan Agung, Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat bahwa Ibu yang melakukan kunjungan ANC tidak standar berisiko memiliki balita *stunting* 2,3 kali dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan ANC standar dengan perhitungan ANC standar adalah dengan memeriksakan kehamilannya 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Amini (2016) di Kabupaten Lombok Utara Provinsi Nusa Tenggara Barat pada Balita yang menyatakan bahwa ibu yang melakukan kunjungan ANC yang tidak terstandar memiliki resiko 2,1 mengalami anak dengan *stunting*. Namun, pada penelitian yang dilakukan oleh Nadiyah (2014) pada anak usia 0-23 bulan di Provinsi Bali, Jawa Barat, dan Nusa Tenggara

Timur menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara kelengkapan kunjungan ANC dengan faktor resiko kejadian *stunting*.

D. Kerangka Teori



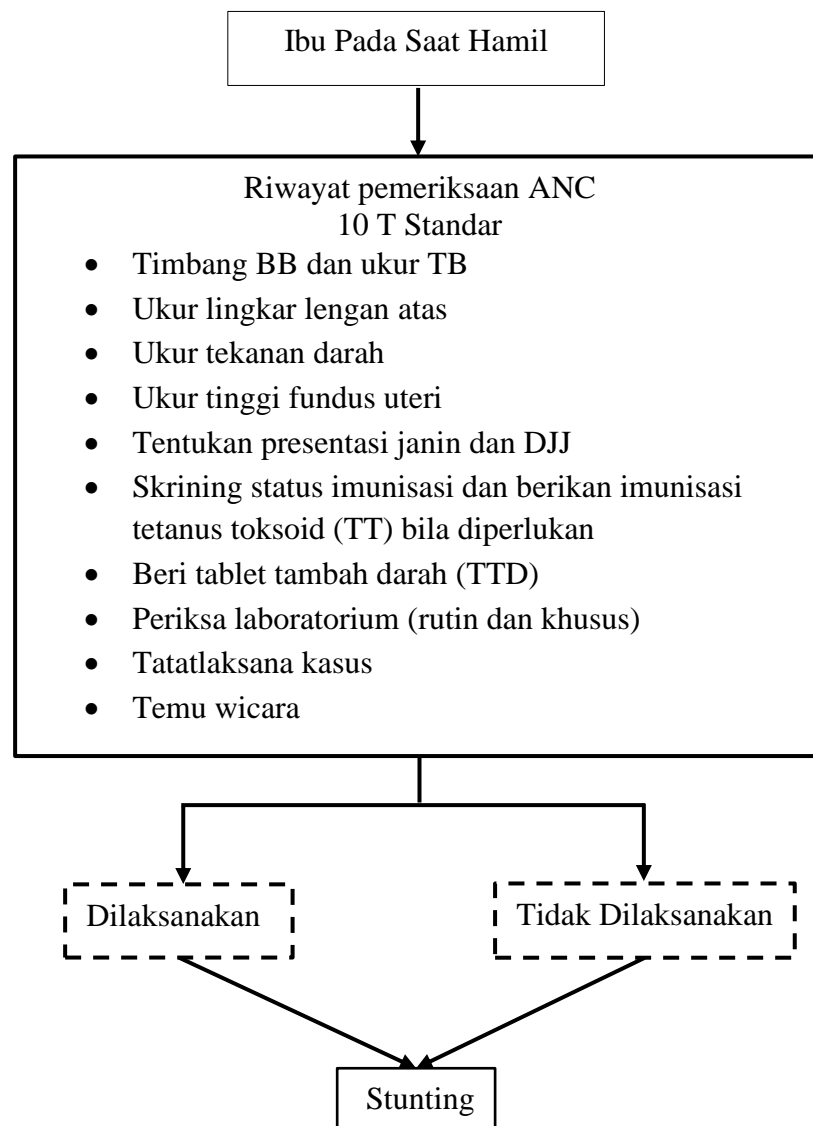
Gambar 3.1
Kerangka teori dimodifikasi dari “*Logical framework of the nutritional problems*” Unicef, 2013

BAB III

KERANGKA PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Untuk memudahkan pemahaman maka secara sederhana kerangka konsep dari penelitian ini digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.2
Kerangka Konsep Penelitian