

**MONOGRAF**  
**PENCEGAHAN *STUNTING***  
**PADA BALITA**

**Dr. Ns. Rotua Sumihar Sitorus, S.Kep, M.Kes**



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan karunia-Nya sehingga penelitian disertasi ini dapat diselesaikan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.

Buku monograf ini merupakan hasil penelitian penulis di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung dan Puskesmas Medan Deli pada tahun 2019. Penulisan monograf **PENCEGAHAN STUNTING PADA BALITA** bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi ibu berisiko melahirkan balita stunting serta mengetahui faktor dominan yang paling mempengaruhi ibu berisiko melahirkan balita stunting

Pada kesempatan kali ini, dengan segala kerendahan hati penulis menghaturkan ucapan terima kasih kepada Universitas Andalas Padang atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menyelesaikan buku monograf ini.

Ucapan terima kasih tak terhingga penulis haturkan kepada dr. Refrini selaku Kepala Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung dan dr. Nurlilin selaku Kepala Puskesmas Medan Deli atas izin yang diberikan kepada peneliti untuk melakukan penelitian dan atas kesediaannya memberikan data yang diperlukan.

Penulis mempersembahkan buku monograf ini kepada suami terkasih dan anak-anak atas pengertian, dukungan, pengorbanan serta doa-doanya yang sangat membantu peneliti dalam penyelesaian buku Monograf ini.

Boleh jadi, buku monograf ini sangat diperlukan bagi para peneliti kesehatan dan bagi ibu-ibu yang saat ini memiliki balita stunting serta buku ini dapat dijadikan sumber bacaan bagi mahasiswa maupun tenaga kesehatan serta masyarakat pada umumnya. Penulis menyadari segala keterbatasan dalam buku ini,

semoga melalui buku monograf dengan segala kekurangannya dapat bermanfaat bagi penulis.

Medan, Mei 2023

**Dr. Ns. Rotua Sumihar Sitorus, S.Kep, M.Kes**

# DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>BAB II PENCEGAHAN STUNTING PADA BALITA.....</b>	<b>4</b>
<b>BAB III METODOLOGI .....</b>	<b>5</b>
<b>BAB IV TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>11</b>
A. Definisi <i>Stunting</i> .....	11
B. Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks TB/U .....	11
C. Pemeriksaan Antropometri <i>Stunting</i> .....	12
D. Faktor-faktor Penyebab <i>Stunting</i> .....	13
E. Dampak <i>Stunting</i> .....	19
F. Indikator <i>Stunting</i> .....	20
G. Pencegahan Dini Kejadian <i>Stunting</i> .....	24
H. Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan	27
1. Periode Kehamilan (280 Hari) dalam Gerakan 1000 HPK .....	28
2. Periode 0-6 Bulan (180 hari) .....	32
3. Periode 6-24 Bulan (540 hari).....	33
I. Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) .....	34
<b>BAB V STUNTING .....</b>	<b>36</b>
A. Penyebaran Kuesioner tentang Faktor yang Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita <i>Stunting</i> Ditinjau dari Perilaku Ibu dalam 1000 HPK .....	36
1. Konfirmasi Pakar tentang Perilaku Ibu	36
2. Faktor Predisposisi (Pengetahuan, Sikap, Tindakan), Faktor Pendukung	

	(Pendapatan, Dukungan Keluarga), Faktor Pendorong (Dukungan Nakes dan Kader).....	37
B.	Karakteristik Ibu.....	37
C.	Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita <i>Stunting</i> Ditinjau Dari Perilaku Ibu Selama 1000 HPK.....	38
	1. Faktor Predisposisi.....	39
	2. Faktor Pendukung .....	42
	3. Faktor Pendorong.....	44
<b>BAB VI</b>	<b>FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI IBU BERISIKO MELAHIRKAN BALITA <i>STUNTING</i>....</b>	<b>52</b>
<b>BAB VII</b>	<b>FAKTOR DOMINAN MEMENGARUHI IBU BERISIKO MELAHIRKAN BALITA <i>STUNTING</i>.....</b>	<b>58</b>
<b>BAB VIII</b>	<b>KESIMPULAN.....</b>	<b>60</b>
	<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>61</b>
	<b>DAFTAR INDEKS.....</b>	<b>67</b>

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 1. Aspek Pengukuran Variabel Tahap I: Survei Perilaku Ibu .....	8
Tabel 2. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks TB/U .....	12
Tabel 3. Karakteristik Ibu .....	37
Tabel 4. Hubungan Faktor Predisposisi dengan Ibu Berisiko Melahirkan Balita <i>Stunting</i> .....	39
Tabel 5. Analisis Kuesioner Pengetahuan Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita <i>Stunting</i> ..	41
Tabel 6. Analisis Kuesioner Faktor Sikap Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita <i>Stunting</i> ..	41
Tabel 7. Analisis Kuesioner Tindakan Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita <i>Stunting</i> di Wilayah Kerja Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung.....	42
Tabel 8. Hubungan Faktor Pendukung dengan Ibu Berisiko Melahirkan Balita <i>Stunting</i> .....	42
Tabel 9. Analisis Kuesioner Dukungan Keluarga Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita <i>Stunting</i> .....	44
Tabel 10. Hubungan Faktor Pendorong dengan Ibu Berisiko Melahirkan Balita <i>Stunting</i> .....	44
Tabel 11. Analisis Kuesioner Dukungan Tenaga Kesehatan dan Kader Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita <i>Stunting</i> .....	46
Tabel 12. Rekapitulasi Hasil Uji Bivariat antar Variabel Penelitian.....	47
Tabel 13. Hasil Analisis Bivariat Identifikasi Kandidat Model Ibu Berisiko Melahirkan Balita <i>Stunting</i> .....	48
Tabel 14. Model Akhir untuk Memprediksi Faktor yang Memengaruhi Ibu Melahirkan Balita <i>Stunting</i>	48

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 1. Kerangka Konsep Tahap I: Survei Perilaku Ibu .....	6
Gambar 2. Alat Ukur Panjang Bayi.....	22
Gambar 3. Alat Ukur Tinggi Balita .....	22
Gambar 4. Pitameter .....	24

# BAB I

## PENDAHULUAN

Kegagalan pertumbuhan linier adalah bentuk paling umum akibat kekurangan gizi secara global yang terwujud dalam bentuk postur tubuh pendek (*stunting*). *Stunting* merupakan masalah gizi utama yang akan berdampak pada kehidupan sosial dan ekonomi dalam masyarakat. Ada bukti jelas bahwa individu yang pendek (*stunting*) memiliki tingkat kematian lebih tinggi dari berbagai penyebab dan terjadinya peningkatan penyakit. Pendek (*stunting*) akan memengaruhi kinerja fisik dan fungsi mental dan intelektual akan terganggu (Mann dan Truswell, 2002).

Diperkirakan 165 juta anak di bawah usia 5 tahun di dunia terkena dampak kekurangan gizi. Salah satunya kegagalan pertumbuhan linier atau *stunting*. *Stunting* telah diidentifikasi sebagai prioritas kesehatan masyarakat utama, dan ada target khusus untuk mengurangi kejadian pendek (*stunting*) sebesar 40% antara tahun 2010 dan 2025. Data WHO menegaskan bahwa diperkirakan terdapat 162 juta balita pendek pada tahun 2012, jika upaya mengurangi kejadian *stunting* berlanjut secara berkesinambungan, diproyeksikan akan menjadi 127 juta pada tahun 2025 (Kemenkes RI, 2016).

Satu (1) dari tiga (3) anak di negara berkembang dan negara miskin mengalami *stunting* dengan jumlah kejadian tertinggi berada dikawasan Asia Selatan yang mencapai 46%, kawasan Afrika sebesar 38%, sedangkan secara keseluruhan angka kejadian *stunting* di negara berkembang dan negara miskin mencapai 32%. Indonesia merupakan negara urutan kelima yang memiliki kejadian *stunting* tertinggi (36,4%) setelah India, China, Nigeria dan, Pakistan (UNICEF, 2014).

Data pendek (*stunting*) berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 37,2%, tahun 2013, terjadi peningkatan dibandingkan tahun 2010 yaitu 35,6% dan 36,8% tahun 2007. Pada

tahun 2013 kejadian sangat pendek 18,0% menunjukkan penurunan dari 18,8% tahun 2007 dan 18,5% tahun 2010. Namun, prevalensi pendek meningkat dari 18,0% pada tahun 2007 menjadi 19,2% pada tahun 2013. Ada 20 provinsi diatas kejadian *stunting* secara nasional, dengan urutan prevalensi tertinggi sampai terendah Sumatera Utara pada posisi ke-8 (Kemenkes RI, 2014).

Kota Medan sebagai salah satu wilayah di Provinsi Sumatera Utara, terdiri dari 21 kecamatan memiliki total anak usia 1-5 tahun (balita) *stunting* 3.169 balita (1,5%) dari 210.958 balita pada tahun 2015. Delapan (8) kecamatan yang memiliki data balita *stunting* tertinggi berturut-turut: Kecamatan Medan Tembung (6,6%), Medan Deli (4,4%), Medan Maimun (2,7%), Medan Belawan (1,5%), Sunggal (1,4%), Medan Helvetia (1,3%), Medan Marelan (1,1%), dan Medan Timur (1,04%) (Dinas Kesehatan Kota Medan, 2015).

Indonesia berperan mencegah *stunting* pada tingkat internasional, dengan bergabung dalam *Scaling Up Nutrition (SUN) Movement*. SUN adalah gerakan global dengan prinsip semua orang di dunia berhak mendapatkan makanan dan gizi yang baik (MCA-Indonesia, 2015). Selain itu, Indonesia juga menerapkan program untuk mengurangi kejadian *stunting* merupakan suatu gerakan percepatan perbaikan gizi yang diadopsi dari gerakan *SUN Movement* antara lain Program Keluarga Harapan (PKH) sejak tahun 2007 dan Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK).

Program PKH menstransfer sejumlah uang kepada keluarga penerima tetapi mensyaratkan ibu hamil datang ke Puskesmas dan anak pra-sekolah agar dimonitor dan diberikan suplemen nutrisi. Hasil program ini, *severe stunting* berkurang 2,7%. Oleh karena jumlah orang miskin dan hampir miskin berkisar 70-juta orang, maka supaya berdampak positif, *scaling-up*, program ini perlu segera dipikirkan, demikian juga evaluasi program-program yang sudah ada dan inovasi-inovasi program baru harus direncanakan dan diimplementasikan (Satriawan, 2015).

Tujuan global *SUN Movement* untuk menurunkan masalah gizi pada 1000 HPK yakni dari awal kehamilan sampai usia anak 2 tahun. Periode 1000 HPK ini telah dibuktikan secara ilmiah merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan seseorang, oleh karena itu, periode ini disebut sebagai “periode emas”. Pemenuhan asupan gizi pada 1000 HPK anak sangat penting. Jika rentang usia anak mendapatkan asupan gizi yang optimal, maka masalah gizi dapat diatasi termasuk masalah pendek (*stunting*) pada anak dapat dicegah sejak dini (Kemenko Kesra RI, 2013).

Pentingnya gerakan 1000 HPK diperkuat oleh pendapat Taufiqurrahman *et.al* (2009) bahwa pemenuhan gizi yang adekuat, baik gizi makro mau pun gizi mikro sangat dibutuhkan untuk menghindari atau memperkecil risiko pendek (*stunting*). Kualitas dan kuantitas MP-ASI yang baik merupakan komponen penting dalam makanan karena mengandung sumber gizi makro dan mikro yang berperan dalam pertumbuhan linear. Hal ini dipertegas oleh Padmadas *et al.* (2002) dan Hariyadi & Ekayanti (2011) yang menyatakan bahwa frekuensi pemberian MP-ASI yang kurang dan pemberian MP-ASI atau susu formula terlalu dini dapat meningkatkan risiko pendek (*stunting*).

Besar harapan melalui monograf ini, dapat digunakan sebagai upaya memberikan pengetahuan kepada khalayak masyarakat baik awam maupun tenaga medis untuk ikut bersama dalam rangka menurunkan angka kejadian stunting pada balita yang dapat disebabkan permasalahan gizi serta hasil-hasil penelitiann dalam monografi ini dapat digunakan sebagai dasar dalam menerapkan deteksi dini sebagai bentuk pencegahan kejadian stunting pada balita.

## BAB II

# PENCEGAHAN STUNTING PADA BALITA

Pendek (*stunting*) dapat memberikan dampak bagi kelangsungan hidup anak. WHO (2013) membagi dampak *stunting* menjadi dua yaitu dampak jangka pendek dapat menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas, berupa penurunan perkembangan kognitif, motorik dan morbiditas, berupa penurunan perkembangan kognitif, motorik dan bahasa dan peningkatan pengeluaran biaya kesehatan. Dampak jangka panjang berupa perawakan yang pendek, peningkatan risiko obesitas dan komorbidnya, penurunan kesehatan reproduksi, penurunan prestasi dan kapasitas belajar dan penurunan kemampuan dan kapasitas kerja.

Berkaitan dengan upaya pencegahan dini *stunting* yang hasilnya belum memuaskan terbukti dari aktivitas yang menunjang upaya pencegahan dini kejadian *stunting* seperti pengukuran panjang badan bayi dan tinggi badan balita tidak rutin dilakukan sebagaimana menimbang berat badan serta pencatatan pengukuran panjang badan bayi dan tinggi badan balita juga tidak terdapat pada Kartu Menuju Sehat (KMS). Menurut Sukesni (2012), salah satu tugas kader adalah membantu mencegah dini kejadian *stunting*. Pencegahan dini bertujuan mencegah kejadian *stunting* pada balita, namun selama ini penerapannya belum terlaksana dengan baik atau dapat dikatakan tindakan pencegahan (*preventive*) dini kejadian *stunting* belum dilakukan secara maksimal.

Berkaitan dengan upaya pencegahan dini *stunting* yang hasilnya belum memuaskan terbukti dari masih tingginya kejadian *stunting* pada balita sebagaimana data yang diuraikan di atas, maka dalam buku ini membatasi permasalahan pada:

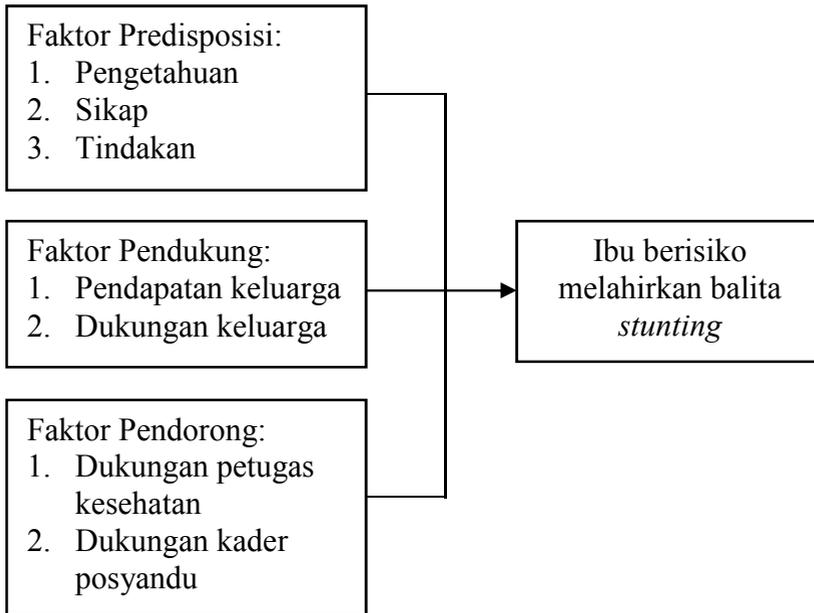
1. Apa saja faktor-faktor yang memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting*?
2. Apa faktor yang paling dominan memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting*?

## BAB III METODOLOGI

Dalam Bab III ini membahas tentang metodologi pemecahan masalah terhadap beberapa masalah yang telah tercantum dalam bab sebelumnya. Metodologi pemecahan masalah dalam monograf ini menggunakan metode *mix method* yaitu paduan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan penelitian ini bila ditinjau dari waktu penelitian merupakan pendekatan *cross sectional* karena dilakukan hanya sekali waktu secara bersamaan. Sebagaimana menurut Nursalam (2005) bahwa jenis pendekatan *cross sectional* menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Bila ditinjau dari objek penelitian merupakan pendekatan *case control* retrospektif atau studi kasus-kontrol retrospektif karena ingin dikaji perilaku ibu balita pada masa 1000 HPK. Agar lebih jelas survei perilaku ibu dilakukan untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting* ditinjau dari perilaku ibu dalam masa 1000 HPK dan faktor yang paling dominan memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Variabel penelitian terdiri dari variabel independen faktor predisposisi atau pengetahuan, sikap dan tindakan, faktor pendukung berupa pendapatan keluarga dan dukungan keluarga dan faktor pendorong seperti dukungan tenaga kesehatan dan dukungan kader posyanduterhadap variabel dependen ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Kerangka konsep survei perilaku ibu digambarkan sesuai dengan variabel penelitian yaitu:



**Gambar 1. Kerangka Konsep Tahap I:  
Survei Perilaku Ibu**

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung. Alasan pemilihan lokasi penelitian, karena ditemukan kejadian *stunting* tertinggi di Kota Medan sebanyak 442 balita dari 6.603 balita. Alasan kedua karena sebelumnya tidak pernah dilakukan penelitian sama dengan topik penelitian ini. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober 2018. Selanjutnya sampel dalam penelitian ini terdiri dari kelompok kasus dan kontrol yang besarnya ditetapkan menurut patokan umum, yang disebut *rule of thumb*. Menurut *rule of thumb* ini, setiap penelitian yang datanya akan dianalisis secara statistik dengan analisis bivariat membutuhkan sampel minimal 30 subjek penelitian (Murti, 2010). Dengan demikian jumlah sampel untuk masing-masing kelompok kasus yaitu ibu dengan balita *stunting* dan kontrol adalah 30 orang ibu dengan balita tidak *stunting*.

Pengukuran variabel penelitian ditentukan sebelum, terlebih dahulu peneliti menyusun definisi operasional untuk mempermudah pengumpulan data sebagai berikut.

1. Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui ibu hamil tentang gerakan 1000 HPK untuk mencegah terjadinya *stunting* pada anak meliputi gizi masa kehamilan, vaksinasi, pemeriksaan kehamilan, tablet zat besi, tempat persalinan, menyusui dini, dan ASI eksklusif, disamping itu ada makanan pendamping ASI, imunisasi, vitamin dan frekuensi makan.
2. Sikap adalah penilaian atau respons ibu hamil dalam melaksanakan aktivitas yang berkaitan dengan 1000 HPK meliputi gizi masa kehamilan, vaksinasi, pemeriksaan kehamilan, tempat persalinan, vaksinasi, tablet zat besi, menyusui dini, ASI eksklusif, makanan pendamping ASI, imunisasi, vitamin dan frekuensi makan untuk mencegah terjadinya balita pendek (*stunting*).
3. Tindakan adalah segala tindakan ibu selama hamil berkaitan dengan gerakan 1000 HPK untuk mencegah terjadinya *stunting* pada anak.
4. Pendapatan keluarga adalah jumlah yang diterima keluarga atas imbalan hasil jerih payah bekerja selama satu bulan untuk memenuhi kebutuhan keluarga sehari-hari berdasarkan Upah Minimum Regional yaitu Rp. 2.750.000.
5. Dukungan keluarga adalah penilaian ibu hamil tentang upaya suami atau anak atau saudara dekat lain memberikan dorongan berupa mengingatkan, menyarankan, dan membantu dalam menerapkan program 1000 HPK agar bayi terhindar dari *stunting*.
6. Dukungan tenaga kesehatan adalah penilaian ibu hamil terhadap upaya tenaga kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang kegiatan 1000 HPK untuk mencegah *stunting*.
7. Dukungan kader posyandu adalah penilaian ibu hamil terhadap upaya kader dalam melaksanakan tugas terkait kegiatan 1000 HPK berupa pengarahan tentang pendidikan kesehatan, anjuran, saran, pengukuran panjang badan, tinggi dan berat untuk mencegah *stunting*.

Survei ibu dilakukan agar kader mengetahui perilaku ibu dalam kegiatan 1000 HPK yang dapat berisiko melahirkan balita *stunting* dan dapat digunakan sebagai upaya pencegahan kejadian *stunting* pada balita.

**Tabel 1.**  
**Aspek Pengukuran Variabel Tahap I: Survei Perilaku Ibu**

Variabel Penelitian	Jumlah Pernyataan/Alternatif Jawaban	Bobot Nilai	Kategori/ Skor Nilai	Skala Pengukuran
<b>Variabel Independen:</b>				
<b>Faktor Predisposisi:</b>				
Pengetahuan	Kuesioner (20 item)		1. Baik (31-40)	
	Positif		2. Kurang baik (20-30)	
	1. Benar	2		Ordinal
	2. Salah	1		
	Negatif			
	1. Benar	1		
	2. Salah	2		
Sikap	Kuesioner (20 item)		1. Positif (31-40)	
	Positif		2. Negatif	
	1. Setuju	2	3. (20-30)	Ordinal
	2. Tidak Setuju	1		
	Negatif			
	1. Setuju	1		
	2. Tidak Setuju	2		
Tindakan	Kuesioner (20 item)		1. Baik (31-40)	
	Positif		2. Kurang baik (20-30)	
	1. Ya	2		Ordinal
	2. Tidak	1		
	Negatif			
	1. Ya	1		
	2. Tidak	2		
<b>Faktor Pendukung:</b>				
Pendapatan Keluarga	Kuesioner (1 item)		1. <UMR (<Rp. 2,750 juta)	Ordinal
	Rp. ....	-	2. ≥ UMR (≥Rp. 2,750 juta)	
Dukungan Keluarga	Kuesioner (16 item)		1. Mendukung (25-32)	
	1. Ya	2	2. Kurang mendukung (16-24)	Ordinal
	2. Tidak	1		
<b>Faktor Pendorong:</b>				
Dukungan	Kuesioner		1. Mendukung	

Variabel Penelitian	Jumlah Pernyataan/Alternatif Jawaban	Bobot Nilai	Kategori/Skor Nilai	Skala Pengukuran
tenaga kesehatan	(16 item) 1. Ya 2. Tidak	2 1	(25-32) 2. Kurang mendukung (16-24)	Ordinal
Dukungan Kader Posyandu	Kuesioner (16 item) 1. Ya 2. Tidak	2 1	1. Mendukung (25-32) 2. Kurang mendukung (16-24)	

Analisis data survey ibu dilakukan melalui analisis univariat, bivariat dan multivariat.

### 1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan dan menggambarkan seluruh variabel independen yaitu faktor predisposisi atau pengetahuan, sikap dan tindakan. Faktor pendukung berupa pendapatan keluarga dan dukungan keluarga. Faktor pendorong seperti dukungan tenaga kesehatan dan dukungan kader posyandu serta variabel dependen yaitu ibu berisiko melahirkan balita *stunting* dalam bentuk distribusi tabel frekuensi.

### 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menganalisis hubungan atau keadaan variabel independen dengan variabel dependen menggunakan uji statistik *chi square* dengan taraf kepercayaan 95%.

### 3. Analisa Multivariat

Analisis multivariat untuk melihat pengaruh antara variabel independen terhadap variabel dependen dengan menggunakan uji regresilogistik berganda. Dalam menganalisis multivariat variabel-variabel yang memiliki nilai  $p < 0,25$  pada analisis bivariatnya. Untuk melihat variabel yang paling berpengaruh terhadap ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Persamaan regresi logistik berganda yaitu:

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7)}}$$

Keterangan:

$f(z)$  = Probabilitas ibu berisiko melahirkan balita *stunting*

$\alpha$  = Konstanta

$\beta_1$ - $\beta_i$  = Koefisien regresi

$X_1$  = Pengetahuan

$X_2$  = Sikap

$X_3$  = Tindakan

$X_4$  = Pendapatan keluarga

$X_5$  = Dukungan keluarga

$X_6$  = Dukungan tenaga kesehatan

$X_7$  = Dukungan kader posyandu.

## BAB IV

# TINJAUAN PUSTAKA

### A. Definisi *Stunting*

*Stunting* merupakan suatu keadaan yang menunjukkan tinggi badan anak yang terlalu rendah. *Stunting* atau terlalu pendek berdasarkan umur adalah tinggi badan yang berada di bawah minus dua standar deviasi ( $<-2SD$ ) dari tabel status gizi WHO *child growth standard* (WHO, 2012). Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran dan fungsi tingkat sel, organ mau pun individu, yang diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan motolik (retensi kalsium, dan nitrogen tubuh). Pertumbuhan adalah peningkatan secara bertahap dari tubuh, organ dan jaringan dari masa konsepsi sampai remaja (Supariasa dkk, 2016).

*Stunting* adalah gangguan pertumbuhan fisik yang sudah lewat, berupa penurunan kecepatan pertumbuhan dalam perkembangan manusia yang merupakan dampak utama dari gizi kurang. Gizi kurang merupakan hasil dari ketidakseimbangan faktor-faktor pertumbuhan (faktor internal dan eksternal). Gizi kurang dapat terjadi selama beberapa periode pertumbuhan, seperti masa kehamilan, masa perinatal, masa menyusui, bayi dan masa pertumbuhan (masa anak). Hal ini juga bisa disebabkan karena defisiensi dari berbagai zat gizi, misalnya mikronutrien, protein atau energi (Setiawan, 2010).

### B. Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks TB/U

Salah satu metode penilaian status gizi secara langsung yang paling populer dan dapat diterapkan untuk populasi dengan jumlah sampel besar adalah antropometri. Di Indonesia antropometri telah digunakan secara luas sebagai alat untuk menilai status gizi masyarakat dan pertumbuhan perorang pada beberapa dasawarsa belakang ini. Antropometri sebagai indikator status gizi dapat

dilakukan dengan mengukur beberapa parameter, sedangkan parameter adalah ukuran tunggal dari ukuran tubuh manusia. Tinggi badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan yang telah lalu dan keadaan sekarang. Pengukuran tinggi badan atau panjang badan pada anak dapat dilakukan dengan alat pengukur tinggi/panjang badan dengan presisi 0,1 cm (Supariasa dkk, 2016).

Menurut Kemenkes RI (2013) bahwa indikator status gizi berdasarkan indeks TB/U (tinggi badan per umur) memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama. Misalnya: kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat, dan pola asuh/pemberian makan yang kurang baik, sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi pendek. Kategori dan ambang batas penilaian status gizi berdasarkan indikator TB/U disajikan pada tabel berikut:

**Tabel 2. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks TB/U**

<b>Kategori Status Gizi</b>	<b>Ambang Batas (Z-Score)</b>
Sangat Pendek	< -3,0
<b>Pendek</b>	$\geq -3,0$ s/d < -2,0
Normal	$\leq -2,0$

Sumber: Kemenkes RI, 2013

### **C. Pemeriksaan Antropometri *Stunting***

Antropometri berasal dari kata *anthropos* (tubuh) dan *metros* (ukuran) sehingga antropometri secara umum artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi selalu berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan gizi. Dimensi tubuh yang diukur, antara lain: umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul dan tebal lemak di bawah kulit (Supariasa dkk, 2016). Perubahan dimensi tubuh dapat menggambarkan keadaan kesehatan dan kesejahteraan secara umum individu maupun populasi (Indah, 2014). Dimensi tubuh yang dibutuhkan pada

penelitian ini yaitu umur dan tinggi badan, guna memperoleh indeks antropometri tinggi badan berdasar umur (TB/U).

Tinggi badan diukur dalam keadaan berdiri tegak lurus, tanpa alas kaki dan aksesoris kepala, kedua tangan tergantung rileks disamping badan, tumit dan pantat menempel di dinding, pandangan mata mengarah ke depan sehingga membentuk posisi kepala *Frankfurt Plane* (garis imajinasi dari bagian inferior orbita horisontal 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 (Supriasa dkk, 2016).

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 (Supriasa dkk, 2016; Rasyid, 2015).

#### **D. Faktor-faktor Penyebab *Stunting***

WHO (2013) membagi penyebab terjadinya *stunting* pada anak menjadi 4 kategori besar yaitu:

##### 1. Faktor keluarga dan rumah tangga

Faktor keluarga dan rumah tangga dibagi lagi menjadi faktor maternal dan faktor lingkungan rumah.

- a. Faktor maternal berupa nutrisi yang kurang pada saat prekonsepsi, kehamilan, dan laktasi, tinggi badan ibu yang

- rendah, infeksi, kehamilan pada usia remaja, kesehatan mental, *intrauterine growth restriction* (IUGR) dan kelahiran preterm, jarak kehamilan yang pendek, dan hipertensi.
- b. Faktor lingkungan rumah berupa stimulasi dan aktivitas anak yang tidak adekuat, perawatan yang kurang, sanitasi dan pasukan air yang tidak adekuat, akses dan ketersediaan pangan yang kurang, alokasi makanan dalam rumah tangga yang tidak sesuai, edukasi pengasuh yang rendah.
2. Makanan tambahan/komplementer yang tidak adekuat
- Makanan komplementer yang tidak adekuat dibagi lagi menjadi tiga yaitu:
- a. Kualitas makanan yang rendah  
Kualitas makanan yang rendah dapat berupa kualitas mikronutrien yang rendah, keragaman jenis makanan yang dikonsumsi dan sumber makanan hewani yang rendah, makanan yang tidak mengandung nutrisi, dan makanan komplementer yang mengandung energi rendah.
  - b. Cara pemberian yang tidak adekuat  
Cara pemberian yang tidak adekuat berupa frekuensi pemberian makanan yang rendah, pemberian makanan yang tidak adekuat ketika sakit dan setelah sakit, konsistensi makanan yang terlalu halus, pemberian makan yang rendah dalam kuantitas.
  - c. Keamanan makanan dan minuman  
Keamanan makanan dan minuman dapat berupa makanan dan minuman yang terkontaminasi, kebersihan yang rendah, penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman.
3. Menyusui
- Faktor ketiga yang dapat menyebabkan *stunting* adalah pemberian Air Susu Ibu (ASI) yang salah bisa karena inisiasi yang terlambat, tidak ASI eksklusif, penghentian menyusui yang terlalu cepat.

#### 4. Infeksi

Faktor keempat penyebab *stunting* adalah infeksi klinis dan subklinis seperti infeksi pada usus: diare, *environmental enteropathy*, infeksi cacing, infeksi pernafasan, malaria, nafsu makan yang kurang akibat infeksi, dan inflamasi.

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya keadaan *stunting* pada anak. Faktor-faktor tersebut dapat berasal dari diri anak itu sendiri mau pun dari luar diri anak tersebut. Faktor penyebab *stunting* ini dapat disebabkan oleh faktor langsung mau pun tidak langsung. Penyebab langsung dari kejadian *stunting* adalah asupan gizi dan adanya penyakit infeksi sedangkan penyebab tidak langsungnya adalah pola asuh, pelayanan kesehatan, ketersediaan pangan, faktor budaya, ekonomi dan masih banyak lagi faktor lainnya (Bappenas R.I, 2013)

Ada 5 faktor risiko *stunting*:

##### 1. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram, tanpa memandang usia kehamilan. Dikatakan bahwa bayi yang lahir dengan BBLR kurang baik karena pada bayi BBLR telah terjadi retardasi pertumbuhan sejak di dalam kandungan, lebih-lebih jika tidak mendapat nutrisi yang baik setelah lahir (Soetjiningsih, 2012).

Berat lahir memiliki dampak yang besar terhadap pertumbuhan anak, perkembangan anak dan tinggi badan pada saat dewasa. Kegagalan pertumbuhan anak terjadi dari konsepsi sampai dua tahun, dan dari tahun ketiga anak seterusnya tumbuh dengan cara yang rata-rata sama. Hal ini juga diakui bahwa penyebab *stunting* berawal dari pertumbuhan janin yang tidak memadai dan ibu yang kurang gizi, dan sekitar setengah dari kegagalan pertumbuhan terjadi didalam rahim, meskipun proporsi ini mungkin bervariasi diseluruh negara (Azwar, 2004).

Penelitian Fitri (2012) proporsi kejadian *stunting* pada balita (12-59 bulan) dengan hasil bahwa lebih banyak ditemukan pada balita dengan berat lahir rendah (49,3%)

dibandingkan dengan balita dengan berat lahir normal (36,9%). Balita yang mempunyai berat lahir rendah memiliki resiko menjadi *stunting* sebesar 1,7 kali dibanding dengan balita yang mempunyai berat lahir normal.

## 2. Asupan Makanan

Asupan makanan berkaitan dengan kandungan nutrisi (zat gizi) yang terkandung di dalam makanan yang dimakan. Dikenal dua jenis nutrisi (zat gizi) yang terkandung di dalam makanan yang dimakan. Ada dua jenis nutrisi yaitu makronutrisi dan mikronutrisi. Makronutrisi merupakan nutrisi yang menyediakan kalori atau energi, diperlukan untuk pertumbuhan, metabolisme, dan fungsi tubuh lainnya. Makronutrisi ini diperlukan tubuh dalam jumlah yang besar, terdiri dari karbohidrat, protein, dan lemak. Nutrisi (zat gizi) merupakan bagian yang penting dari kesehatan dan pertumbuhan. Nutrisi yang baik berhubungan dengan peningkatan kesehatan bayi, anak-anak, dan ibu, sistem kekebalan yang kuat, kehamilan dan kelahiran yang aman, resiko rendah terhadap penyakit tidak menular seperti diabetes dan penyakit jantung, dan umur yang lebih panjang (WHO, 2011).

Pemberian makan pada anak balita bertujuan untuk mendapatkan zat gizi yang cukup. Zat gizi sangat dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Disamping itu, gizi berperan dalam memelihara dan memulihkan kesehatan. Gizi pada anak sangat penting karena pertumbuhan, perkembangan dan kecerdasan anak ditentukan sejak bayi bahkan sejak dalam kandungan (Ahmad, 2000). Tanpa nutrisi yang baik akan mempercepat terjadinya *stunting* selama usia 6-18 bulan, ketika seorang anak berada pada masa pertumbuhan yang cepat dan perkembangan otak hampir mencapai 90% dari ukuran otak ketika anak tersebut dewasa.

Hasil penelitian Fitri (2012) menunjukkan bahwa proporsi kejadian *stunting* pada balita lebih banyak ditemukan pada asupan protein kurang dibandingkan dengan balita dengan

asupan protein cukup. Balita yang mempunyai asupan protein kurang memiliki risiko menjadi *stunting* sebesar 1,2 kali dibanding balita yang mempunyai asupan protein cukup.

### 3. Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi adalah penyakit yang disebabkan oleh mikroba patogen dan bersifat sangat dinamis. Mikroba sebagai makhluk hidup tentunya ingin bertahan hidup dengan cara berkembang biak pada suatu reservoir yang cocok dan mampu mencari reservoir baru dengan cara berpindah atau menyebar. Penyebaran mikroba patogen ini tentunya sangat merugikan bagi orang-orang yang sedang dalam keadaan sakit (penderita). Orang yang sehat akan menjadi sakit dan orang yang sedang sakit serta sedang dalam proses penyembuhan akan memperoleh “tambahan beban penderitaan” dari penyebaran mikroba patogen ini (Darmadi, 2008).

Penyakit infeksi yang sering terjadi pada anak-anak adalah diare dan ISPA. Penyakit diare dan ISPA dapat membuat anak-anak tidak mempunyai nafsu makan sehingga terjadi kekurangan jumlah makanan dan minuman yang masuk kedalam tubuhnya dan dapat mengakibatkan kekurangan gizi. Hasil penelitian Nashikhah dan Margawati (2012) hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa riwayat diare akut merupakan faktor resiko kejadian *stunting* ( $p=0,011$ ) dimana balita yang sering mengalami diare akut beresiko 2,3 kali lebih besar tumbuh menjadi *stunting*.

### 4. Pendapatan Keluarga

Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas makanan, antara pendapatan dan gizi sangat erat kaitannya dalam pemenuhan makanan kebutuhan hidup keluarga, makin tinggi daya beli keluarga makin banyak makanan yang dikonsumsi dan semakin baik pula kualitas makanan yang dikonsumsi. Disini terlihat jelas bahwa pendapatan rendah akan menghalangi perbaikan gizi dan dapat menimbulkan kekurangan gizi (Berg dalam Syafiq, 2012).

Penelitian di Bangladesh dengan jumlah sampel 1.182 anak berusia 12-30 bulan menemukan prevalensi pendek sebesar 50,9% diantara mereka. Risiko kejadian pendek 3,6 kali lebih besar pada anak yang berasal dari rumah tangga paling miskin dibandingkan dengan anak yang berasal dari rumah tangga paling kaya (Hong *et al.* dalam Nurlinda, 2013). Pendapatan perkapita merupakan faktor yang turut menentukan status gizi balita. Hasil penelitian Nasikhah dan Margawati (2012) menunjukkan bahwa pendapatan perkapita merupakan faktor resiko kejadian *stunting* pada balita usia 24-36 bulan.

Menurut Riskesdas tahun 2010, jika dilihat hubungannya dengan pekerjaan kepala keluarga maka prevalensi kependekan tertinggi ditemukan pada rumah tangga petani/nelayan/buruh yaitu sebesar 42,9% dan terendah pada rumah tangga yang kepala keluarganya bekerja sebagai pegawai tetap yaitu 21,1%. Prevalensi kependekan juga terlihat berhubungan terbalik dengan keadaan ekonomi rumah tangga, semakin tinggi keadaan ekonomi rumah tangga semakin rendah prevalensi kependekan dan sebaliknya. Menurut Riskesdas tahun 2013, persentase bayi dengan panjang badan lahir pendek (<48 cm) cukup tinggi, yaitu sebesar 20,2 persen. Jika dikombinasikan antara BBLR dan panjang badan lahir pendek, maka terdapat 4,3 persen balita yang BBLR dan juga memiliki panjang badan lahir pendek dan prevalensi tertinggi di Papua (7,6%), sedangkan yang terendah di Maluku (0,8%) (Kemenkes RI, 2014).

## 5. Pola Asuh

Pola asuh adalah pemenuhan kebutuhan fisik dan biomedis anak. Pola asuh ini termasuk pangan dan gizi, kesehatan dasar, imunisasi, penimbangan, pengobatan, papan/pemukiman yang layak, higiene perorangan, sanitasi lingkungan, sandang dan rekreasi (Soekirman dalam Yusnidaryani, 2009). Pola asuh yang baik pada anak balita dapat dilihat pada praktek pemberian makanan yang bertujuan untuk mendapatkan zat gizi yang cukup bagi pertumbuhan fisik

dan mental anak. Zat gizi juga berperan dalam memelihara dan memulihkan kesehatan anak dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari. Aspek gizi juga mempunyai dampak terhadap tumbuh kembang dan kecerdasan anak yang ditentukan sejak bayi, bahkan dalam kandungan (Suhardjo, 2014). Pola asuh yang memadai pada bayi adalah pemenuhan kebutuhan fisik dan biomedis anak terpenuhi secara optimal. Hal ini dilakukan melalui pemberian gizi yang baik berupa pemberian ASI, pemberian makanan pendamping ASI tepat waktu dan bentuknya, melanjutkan menyusui sampai anak berumur 2 tahun, ibu punya cukup waktu merawat bayi, imunisasi dan memantau pertumbuhan melalui kegiatan penimbangan.

Proses pertumbuhan dan perkembangan anak, UNICEF merumuskan tiga faktor utama yang memengaruhi tumbuh kembang secara tidak langsung (*underlying factors*), yaitu pangan rumah tangga, pengasuhan, dan sanitasi lingkungan. Ketiga faktor tersebut memengaruhi status gizi dan juga tingkat kesehatan anak yang juga turut menentukan kualitas pertumbuhan serta perkembangan anak (Engel *et al.* dalam Nurlinda, 2013).

Penentuan asupan yang baik sangat penting untuk mengejar panjang badan yang seharusnya. Berat badan lahir, panjang badan lahir, usia kehamilan dan pola asuh merupakan beberapa faktor yang memengaruhi kejadian *stunting*. Panjang badan lahir merupakan salah satu faktor risiko kejadian *stunting* pada balita (Anugraheni dan Kartasurya, 2012; Meilyasari dan Ismawati, 2014).

### **E. Dampak *Stunting***

*Stunting* dapat memberikan dampak bagi kelangsungan hidup anak. WHO (2013) membagi dampak yang diakibatkan oleh *stunting* menjadi dua yang terdiri dari jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek dari *stunting* adalah di bidang kesehatan yang dapat menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas, di bidang perkembangan berupa penurunan

perkembangan kognitif, motorik, dan bahasa, dan di bidang ekonomi berupa peningkatan pengeluaran untuk biaya kesehatan. *Stunting* juga dapat menyebabkan dampak jangka panjang di bidang kesehatan berupa perawakan yang pendek, peningkatan risiko untuk obesitas dan komorbidnya, dan penurunan kesehatan reproduksi, di bidang perkembangan berupa penurunan prestasi dan kapasitas belajar, dan di bidang ekonomi berupa penurunan kemampuan dan kapasitas kerja.

Menurut penelitian Hoddinott *et.al.* (2013) menunjukkan bahwa *stunting* pada usia 2 tahun memberikan dampak yang buruk berupa nilai sekolah yang lebih rendah, berhenti sekolah, akan memiliki tinggi badan yang lebih pendek, dan berkurangnya kekuatan genggam tangan sebesar 22%. *Stunting* pada usia 2 tahun juga memberikan dampak ketika dewasa berupa pendapatan perkapita yang rendah dan juga meningkatnya probabilitas untuk menjadi miskin. *Stunting* juga berhubungan dengan meningkatnya jumlah kehamilan dan anak dikemudian hari. Pertumbuhan yang terhambat di kehidupan awal dapat memberikan dampak buruk terhadap kehidupan, sosial, dan ekonomi seseorang.

Dampak *stunting* terhadap prestasi sekolah juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Perignon *et al.* (2014) terhadap anak usia 6-16 tahun di Kamboja. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa anak yang mengalami *stunting moderate* dan *severe* memiliki kecerdasan kognitif yang lebih rendah dibanding dengan anak yang normal. *Stunting* juga dapat memengaruhi kadar hemoglobin anak

#### **F. Indikator *Stunting***

Istilah panjang dinyatakan sebagai pengukuran yang dilakukan ketika anak telentang (Wong dkk, 2008). Pengukuran panjang badan digunakan untuk menilai status perbaikan gizi. Selain itu, panjang badan merupakan indikator yang baik untuk pertumbuhan fisik yang sudah lewat (*stunting*) dan untuk perbandingan terhadap perubahan relatif, seperti nilai berat badan dan lingkar lengan atas (Nursalam, 2005).

Alat yang digunakan untuk pengukuran tinggi badan untuk anak balita yang sudah dapat berdiri dilakukan dengan alat pengukuran tinggi mikrotoa (*micritoise*). Namun untuk bayi atau anak yang belum dapat berdiri, digunakan alat pengukur panjang bayi pita meter (Supariasa dkk, 2016). Alat yang digunakan untuk mengukur panjang bayi dan tinggi balita di antaranya adalah (Mauliantika, 2015):

### 1. Infatometer

Infatometer adalah sejenis alat ukur panjang atau tinggi badan dengan ketelitian 0,1 cm atau 1 mm. Bagian dari infatometer adalah sebagai berikut :

- a. Bagian kepala atau *head board* tidak dapat digerakkan atau fix.
- b. Bagian kaki atau *foot board* yang bisa digerakkan
- c. Alas yang rata.
- d. Bagian skala dengan ketelitian 0.1 cm atau 1.

Cara mengukur tinggi badan menggunakan infantometer adalah sebagai berikut :

- a. Sebelum mengukur panjang bayi letakkanlah alat pada permukaan yang rata dengan ketinggian yang nyaman untuk mengukur dan cukup kuat.
- b. Beri alas yang tidak terlalu tebal, bersih, dan nyaman misalnya selembat selimut tipis atau kertas tisu yang lebar.
- c. Sebelum mengukur tinggi badan bayi lepaskan tutup kepala bayi misalnya topi, hiasan rambut, dan kaos kaki bayi.
- d. Kemudian pengukur berdiri pada salah satu sisi. Sebaiknya sisi yang paling dekat dengan skala pengukur.
- e. Letakkan bayi dengan kepala menempel pada bagian kepala atau *head board*.
- f. Posisikan kepala bayi sehingga sudut luar mata dan sudut atas liang telinga berada pada garis yang tegak lurus dengan bidang infantometer.
- g. Usahakan dapat mempertahankan kepala bayi pada posisi.
- h. Luruskan tubuh bayi sejajar dengan bidang infatometer.

- i. Luruskan tungkai bayi bila perlu salah satu tangan pengukur menahan agar lutut bayi lurus.
- j. Tangan pengukur menekan lutut bayi kebawah dengan lembut.
- k. Tangan pengukur yang lain mendorong atau menggerakkan bagian kaki atau *foot board* sehingga menempel dengan tumit bayi.
- l. Posisi kaki bayi adalah jari kaki menunjuk ke atas.
- m. Baca ukuran panjang badan bayi sampai 0,1 cm terdekat. Pengukuran dapat dilakukan pada satu atau dua kaki bayi.



**Gambar 2. Alat Ukur Panjang Bayi**



**Gambar 3. Alat Ukur Tinggi Balita**

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pengukuran tinggi badan: (Mauliantika, 2015)

- a. Usahakan agar ibu berada pada posisi yang terlihat oleh bayi agar bayi lebih tenang bila tidak ada asisten pengukur ibu dapat diajari untuk menjadi asisten pengukur.
- b. Jangan menekan lutut terlalu keras terutama pada bayi kecil.
- c. Hal yang perlu diperhatikan untuk mengukur tinggi badan bayi adalah posisikan kepala, luruskan badan dan tungkai, posisikan kaki, ukur panjang badan sampai 0,1 cm terdekat.
- d. Jika bayi diukur telanjang, alasi papan pengukur dengan menggunakan kain kering untuk menghindari cedera.
- e. Jika ruang tempat pengukuran dalam keadaan dingin maka selimuti anak agar tetap hangat sambil menunggu pengukuran.

## **2. Pitameter**

Pengukuran panjang bayi dapat juga menggunakan alat yang paling sederhana yaitu pita (meteran). Cara mengukur panjang bayi dengan menggunakan pita meter adalah sebagai berikut :

- a. Siapkan pita pengukur (meteran).
- b. Baringkan anak telentang tanpa bantal (supinasi), luruskan lutut sampai menempel pada meja (posisi ekstensi).
- c. Luruskan bagian puncak kepala dan bagian bawah kaki lalu ukur sesuai dengan skala yang tertera.
- d. Memberi tanda pada tempat tidur (tempat tidur harus rata/datar) berupa garis atau titik pada bagian puncak kepala dan bagian tumit kaki bayi. Lalu ukur jarak antara kedua tanda tersebut dengan pita pengukur.



**Gambar 4. Pitameter**

### **G. Pencegahan Dini Kejadian *Stunting***

*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* terjadi mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun. Kekurangan gizi pada usia dini meningkatkan angka kematian bayi dan anak, menyebabkan penderitanya mudah sakit dan memiliki postur tubuh tak maksimal saat dewasa. Kemampuan kognitif para penderita juga berkurang, sehingga mengakibatkan kerugian ekonomi jangka panjang bagi Indonesia (MCA-Indonesia, 2015).

Pencegahan terhadap *stunting* harus menjadi prioritas dikarenakan dampak negatif *stunting* tidak hanya pada kualitas hidup individu tetapi juga terhadap komunitas. Sasaran intervensi harus ditujukan pada *window of opportunity* dari periode pre konsepsi hingga 2 tahun pertama kehidupan dan meliputi intervensi yang mempunyai dampak positif terhadap pertumbuhan linear (WHO, 2017 dan Kemenkes RI, 2016).

Langkah-langkah pencegahan *stunting* yang direkomendasikan oleh WHO (2017) yaitu:

1. Meningkatkan identifikasi, pengukuran, dan pengertian *stunting* serta meningkatkan cakupan aktivitas pencegahan *stunting*.
2. Menetapkan kebijakan dan atau memperkuat intervensi untuk memperbaiki nutrisi dan kesehatan ibu, yang dimulai dengan remaja putri.
3. Melaksanakan intervensi untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan praktek pemberian makanan tambahan.
4. Memperkuat intervensi berbasis komunitas, mencakup ketersediaan air bersih, perbaikan sanitasi dan hygiene (*WASH*), untuk melindungi anak dari diare, malaria, cacing usus, dan kondisi lingkungan yang menyebabkan infeksi subklinis.

Intervensi terhadap balita *stunting* yang telah diterapkan di Indonesia, meliputi upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara langsung (intervensi gizi spesifik) dan upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara tidak langsung (intervensi gizi sensitif). Intervensi gizi spesifik dilakukan di sektor kesehatan, hanya berkontribusi 30%, sedangkan sisanya berupa intervensi gizi sensitif, yang melibatkan berbagai sektor seperti ketahanan pangan, ketersediaan air bersih dan sanitasi, penanggulangan kemiskinan, pendidikan dan sosial (Kemenkes RI, 2016).

Intervensi gizi spesifik untuk balita *stunting* difokuskan pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dengan sasaran ibu hamil, ibu menyusui, dan anak 0-23 bulan, karena penanggulangan balita *stunting* yang paling efektif dilakukan pada 1000 HPK. Periode 1000 HPK meliputi 270 hari selama kehamilan dan 730 hari pertama setelah bayi dilahirkan merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan seseorang. Upaya intervensi terhadap *stunting*, meliputi (Kemenkes RI, 2016):

1. Pada ibu hamil

Perbaikan asupan gizi dan kesehatan ibu hamil merupakan cara terbaik dalam mengatasi *stunting*. Ibu hamil perlu mendapat makanan yang baik, sehingga apabila ibu hamil dalam keadaan sangat kurus atau telah mengalami Kurang Energi Kronis (KEK), maka perlu diberikan makanan tambahan kepada ibu

hamil tersebut. Setiap ibu hamil perlu mendapat tablet tambah darah (Fe), minimal 90 tablet selama kehamilan. Kesehatan ibu harus tetap dijaga agar sehat.

2. Pada saat bayi lahir  
Persalinan ditolong oleh bidan atau dokter terlatih dan setelah bayi lahir, dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Setelah bayi berusia 6 bulan diberi Air Susu Ibu (ASI) saja (ASI Eksklusif). Konsumsi ASI juga meningkatkan kekebalan tubuh bayi sehingga menurunkan risiko penyakit infeksi.
3. Bayi berusia 6 bulan sampai dengan 2 tahun  
Mulai usia 6 bulan, selain ASI bayi diberi Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Pemberian ASI terus dilakukan sampai bayi berumur 2 tahun atau lebih. Bayi dan anak juga memperoleh kapsul vitamin A dan imunisasi dasar lengkap.
4. Memantau pertumbuhan balita di posyandu merupakan upaya yang sangat strategis untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan pertumbuhan. Pemantauan pertumbuhan tidak hanya dengan pengukuran berat badan saja, tetapi juga pengukuran panjang badan atau tinggi badan, serta dilakukan pencatatan hasil pengukurannya dalam grafik tumbuh kembang. Walaupun remaja putri secara eksplisit tidak disebutkan dalam 1000 HPK, namun, status gizi remaja putri atau pra nikah harus dilakukan kontribusi besar pada kesehatan dan keselamatan kehamilan dan kelahiran, terutama apabila remaja putri akan menjadi ibu. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) harus diupayakan setiap rumah tangga termasuk meningkatkan akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi, serta menjaga kebersihan lingkungan. PHBS menurunkan penyakit terutama infeksi yang dapat membuat energi pertumbuhan teralihkan pada perlawanan tubuh terhadap infeksi, gizi, sulit diserap oleh tubuh dan terhambatnya pertumbuhan (Kemenkes RI, 2016).

Upaya-upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita di Indonesia antara lain melalui Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan dan Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM).

## H. Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan

Pemerintah Indonesia pada bulan September 2012 meluncurkan “Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan” yang dikenal sebagai 1000 HPK. Gerakan ini bertujuan mempercepat perbaikan gizi untuk memperbaiki kehidupan anak-anak Indonesia pada masa mendatang. Gerakan ini melibatkan berbagai sektor dan pejabat kebijakan bekerjasama menurunkan prevalensi *stunting* serta bentuk-bentuk kurang gizi di Indonesia (MCA-Indonesia, 2015).

Gerakan 1000 HPK merupakan suatu gerakan percepatan perbaikan gizi yang diadopsi dari gerakan *Scaling Up-Nutrition (SUN) Movement*. *SUN Movement* merupakan suatu gerakan global di bawah koordinasi Sekretaris Jenderal PBB. Gerakan ini merupakan respons dari negara-negara di dunia terhadap kondisi status pangan dan gizi di negara berkembang. Tujuan global dari *SUN Movement* untuk menurunkan masalah gizi pada 1000 HPK yakni sejak awal kehamilan sampai usia 2 tahun. Periode 1000 HPK ini telah dibuktikan secara ilmiah merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan seseorang, oleh karena itu periode ini sering disebut sebagai “periode emas” (Kemenko Kesra RI, 2013).

Masa 1000 hari pertama kehidupan (HPK), yang bermula sejak saat konsepsi hingga anak berusia 2 tahun, merupakan masa paling kritis untuk memperbaiki perkembangan fisik dan kognitif anak. Status gizi ibu hamil, menyusui, status kesehatan dan asupan gizi yang baik merupakan faktor penting untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik dan kognitif anak, menurunkan risiko kesakitan pada bayi dan ibu. Ibu hamil dengan status gizi kurang menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, penyebab utama terjadinya bayi pendek (*stunting*) dan meningkatkan risiko obesitas dan penyakit degeneratif pada masa dewasa (The Lancet, 2013 dan USAID, 2014).

## **1. Periode Kehamilan (280 Hari) dalam Gerakan 1000 HPK**

Awal kehamilan merupakan titik awal perhatian terhadap bayi. Hal yang harus diutamakan dalam 1000 hari pertama kehidupan yaitu bayi harus mendapatkan asupan gizi yang optimal agar penurunan status gizi anak dapat dicegah sejak awal. Pada kehamilan 8 minggu pertama terbentuk cikal bakal yang akan menjadi jantung, otak, hati, ginjal, tulang, sedangkan pada usia 9 minggu hingga masa kelahiran terjadi pertumbuhan dan perkembangan lebih lanjut dari organ tubuh hingga siap untuk hidup diluar kandungan ibu (Achadi, 2014).

Bayi dalam kandungan sangat bergantung pada kesehatan dan nutrisi ibunya yang baik saat periode kehamilan. Kekurangan gizi ibu hamil berdampak buruk bagi ibunya dan janin yang dikandung. Bila ibu kekurangan gizi pada saat hamil, risiko yang akan terjadi pada janin adalah prematur, lahir mati, kematian prenatal (kematian pada bayi kurang dari 7 hari), dan ibunya anemia gizi, penurunan daya tahan tubuh, kesulitan dalam persalinan. Dampak kekurangan gizi pada 1000 hari pertama kehidupan tidak hanya terkait dengan pertumbuhan fisik namun juga berpengaruh terhadap perkembangan mental dan kecerdasan yang terlihat dari ukuran fisik yang tidak optimal dan kualitas kerja yang tidak mampu bersaing pada usia dewasa (Chomaria, 2011).

Pertumbuhan dan perkembangan janin pada masa 280 hari dalam rahim berlangsung sangat cepat oleh karena itu nutrisi yang dibutuhkan bayi harus terpenuhi. Ibu hamil membutuhkan kebutuhan gizi lebih banyak daripada wanita yang tidak hamil. Adapun syarat makanan sehat bagi ibu hamil yaitu mampu menyediakan energi (kalori) yang cukup dan menyediakan semua nutrisi yang dibutuhkan untuk kesehatan ibu dan pertumbuhan janin, agar dapat menghindari pengaruh negatif bagi janin dan mampu mendukung metabolisme tubuh ibu dalam menjaga berat badan, kadar gula darah dan tekanan darah ibu (Hidayati, 2014).

Makan dengan porsi sedikit tetapi sering dalam memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil jauh lebih baik mengingat ada masa mual muntah pada kehamilan. Memakan makanan beraneka ragam 1

porsi lebih banyak dari sebelum hamil terutama pangan hewani (Kemenkes RI, 2011). Berikut yang harus dikonsumsi oleh ibu hamil selama kehamilan:

a. Energi; kebutuhan energi selama hamil cenderung berbeda daripada sebelum hamil, oleh karena itu WHO menganjurkan jumlah tambahan sebesar 150 kkal sehari pada trimester satu, dan 350 kkal selama trimester dua dan tiga. Kebutuhan energi pada trimester I sedikit sekali meningkat setelah itu sepanjang trimester dua dan tiga kebutuhan akan terus meningkat sampai akhir kehamilan. Energi tambahan selama trimester dua diperlukan untuk pemekaran jaringan ibu yaitu penambahan volume darah, pertumbuhan uterus dan payudara serta penumpukan lemak sedangkan pada trimester tiga diperlukan untuk pertumbuhan janin dan plasenta (Arisman, 2009). Sumber energi utama dapat diperoleh dari makanan pokok seperti beras, sereal, umbi-umbian, tepung, dan hasil olahannya.

b. Protein

Diperkirakan sebanyak 925 gr protein yang dibutuhkan ibu selama kehamilan. Satu hari asupan protein dapat mencapai 75-100 gr atau sekitar 12% dari jumlah total kalori atau sekitar 1,3 gr/kg perhari pada gravida matur, 1,5 gr/kg per hari pada usia ibu hamil 15-18 tahun dan 1,7 gr/kg per hari pada usia ibu hamil dibawah 15 tahun. Sumber protein sebaiknya 2/3 bagian merupakan dari pangan yang bernilai biologi tinggi seperti daging yang tidak berlemak, susu, telur dll (Arisman, 2009).

c. Lemak

Lemak yang baik adalah lemak nabati yang berasal dari tumbuhan seperti santan dan minyak. Lemak berfungsi untuk melarutkan vitamin A, D, E, dan K. Konsumsi lemak sebaiknya 10-25% dari kebutuhan energi (Hidayati, 2014).

d. Asam Folat

Asam folat dapat membantu mencegah cacat pada otak dan tulang belakang dan juga dapat meningkatkan resiko bayi lahir prematur, BBLR serta gangguan pertumbuhan janin (Hidayati, 2014). Kebutuhan asam folat sebelum dan selama kehamilan

yaitu sekitar 0,4-0,8 mg/hari yang bisa diperoleh dari makanan yang berwarna hijau, jeruk, buncis, kacang-kacangan dan gandum. (Arisman, 2009).

e. Vitamin

Ibu hamil disarankan mengonsumsi vitamin A secara seimbang, tidak berlebih dan tidak kurang terutama pada awal kehamilan. Kecukupan vitamin A yang dianjurkan bagi ibu hamil adalah 800 RE/hari. Vitamin A sangat penting dalam fungsi tubuh terutama penglihatan, imunitas serta perkembangan jaringan tubuh. Vitamin A dapat diperoleh dari buah-buahan dan sayur yang berwarna hijau atau kuning, mentega, susu, kuning telur dll (Fikawati, 2015).

f. Vitamin C

Ibu hamil disarankan untuk mengonsumsi 85 mg vitamin C perhari yang berguna sebagai antioksidan dan yang melindungi jaringan dari kerusakan serta berfungsi untuk pembentukan kolagen dan penghantar sinyal di otak bayi dan dapat membantu penyerapan Fe. Vitamin C dapat diperoleh dari tomat, jeruk, stroberi dll (Hidayati, 2014).

g. Zat Besi

Zat besi berfungsi untuk memproduksi hemoglobin (Hb) yaitu protein di sel darah merah yang berperan sebagai pembawa oksigen ke jaringan tubuh. Kebutuhan zat besi dua kali lipat selama hamil yaitu sekitar 1000 mg selama hamil dapat diperoleh dari daging merah, unggas dll. Sebaiknya diminum dengan air putih, dan dikonsumsi pada malam hari dengan mengonsumsi buah yang mengandung vitamin C agar membantu penyerapan zat besi (Hidayati, 2014).

h. Zink

Zink merupakan mikro mineral dan sumber zink yang paling dikenal ialah ikan dan daging karena zink yang bersumber dari hewan lebih mudah diserap oleh tubuh daripada yang bersumber dari nabati. Kebutuhan zink pada trimester pertama adalah 0,5 mg/hari dan pada trimester kedua dan tiga 1,5mg/hari (Aritonang, 2010).

i. Kalsium

Menurut Aritonang (2010) Kebutuhan kalsium ibu hamil yang perlu ditambah sekitar 400 mg/hari untuk memenuhi kebutuhan janin dan juga ibu untuk menguatkan tulang dan gigi. Hampir keseluruhan dari tambahan kalsium ini ditransfer ke tulang bayi.

j. Yodium

Yodium dibutuhkan dalam jumlah sedikit dalam tubuh namun sangat berpengaruh terhadap kecerdasan anak dan juga keterbelakangan mental serta mengurangi kematian bayi. Kekurangan yodium dapat menyebabkan kerusakan otak permanen pada bayi. Pada ibu hamil dianjurkan menambah kadar yodium 25 µg/hari.

Vaksinasi sebelum hamil seperti imunisasi tetanus toxoid (TT) sangat diperlukan oleh calon ibu karena dapat melindungi ibu dan bayi dari penyakit tetanus yang disebabkan infeksi *colostridium tetani*. Infeksi terjadi dari bekas perlukaan yang terjadi selama proses persalinan apalagi jika persalinan tidak ditolong oleh tenaga medis. Perlukaan yang tidak mendapatkan perawatan yang baik dapat menyebabkan bakteri *colostridium tetani* berkembang biak dengan baik dan menyerang sistem syaraf pusat. Pada bayi bakteri tetanus dapat masuk melalui tali pusat yang dipotong secara tidak steril. Imunisasi diberikan sebanyak 2 kali yaitu pertama sebelum menikah atau sebelum hamil dan selanjutnya disesuaikan dengan kondisi ibu (Hidayati, 2014). Kurangnya informasi dari bidan tentang manfaat imunisasi TT dan ketakutan ibu untuk diimunisasi merupakan faktor penyebab tidak lengkapnya imunisasi TT pada ibu hamil (Nora, 2011).

Ibu yang berada pada masa kehamilan dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali selama hamil (Kemenkes RI, 2011). Saat memasuki kehamilan trimester tiga, sebaiknya ibu dan suaminya sudah mendapat informasi tentang menyusui seperti manfaat, posisi dan teknik menyusui yang tepat, cara menangani masalah-masalah yang terjadi saat menyusui seperti lecet pada puting, ASI tidak keluar dan yang lainnya (Hidayati, 2014).

## 2. Periode 0-6 Bulan (180 hari)

Periode ini adalah periode pemberian ASI eksklusif pada bayi yang harus memperhatikan beberapa hal seperti bayi harus mendapatkan inisiasi menyusui dini (IMD) segera selama satu jam pertama setelah lahir atau hingga proses menyusui pertama selesai (Fikawati, 2015). ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi karena semua nutrisi yang diperlukan bayi ada di ASI. WHO (2012) telah merekomendasikan pemberian ASI selama 6 bulan sedangkan pemerintah telah merangkumkannya dalam peraturan tentang ASI eksklusif yang dapat dilihat pada Undang-Undang Nomor 13 tahun 2003 pasal 83 tentang Ketenagakerjaan, Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 pasal 128 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian ASI.

Kelahiran bayi sebaiknya ditolong oleh petugas kesehatan. Pada awal kelahiran bayi, segera lakukan inisiasi menyusui dini (IMD) saat bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu dan membiarkan bayi mencari puting susu ibunya sendiri dan biarkan kulit bayi bersentuhan dengan kulit ibu. Sebaiknya ibu dan bayi tetap dirawat bersama (rawat gabung) agar dapat menyusui bayi sesuai dengan kebutuhannya. IMD sangat bermanfaat, sehingga bayi memperoleh kolostrum yang sangat baik untuk daya tahan tubuh bayi, adanya *skin to skin* antara tubuh bayi dan ibu membuat suhu tubuh bayi tetap dalam keadaan normal sehingga bayi merasa lebih nyaman selain itu bayi yang sebelumnya dilakukan IMD besar kemungkinan berlanjut kepada pemberian ASI eksklusif yang sangat baik bagi perkembangan fungsi usus, terhindar dari alergi serta tidak mengganggu pertumbuhan bayi. IMD juga sangat membantu mengurangi rasa stres pada ibu dan meningkatkan ikatan ibu dan anak. Rangsangan yang diberikan bayi ketika menyusui dapat mempercepat keluarnya ASI (Fikawati, 2015).

WHO (2012) merekomendasikan memberikan ASI (<1 jam) dan secara eksklusif selama 6 bulan dan setelah 6 bulan ASI tetap diberikan sampai usia 24 bulan disertai dengan pemberian MP-ASI yang bergizi lengkap, cukup dan seimbang, aman serta diberikan

tepat waktu dan dengan cara yang benar. ASI merupakan cairan putih yang dihasilkan oleh kelenjar payudara ibu melalui proses menyusui bayi dan merupakan makanan yang telah disiapkan untuk calon bayi pada periode kehamilan dimana hormon tertentu merangsang payudara untuk memperbanyak saluran dan kelenjar air susu.

Selain ASI yang diberikan untuk bayi, perlu juga diperhatikan gizi ibu menyusui akan berpengaruh terhadap kualitas ASI yang diberikan pada bayi untuk mendukung gerakan 1000 HPK. Hasil penelitian Setiyani (2013) mengenai hubungan kejadian anemia pada ibu menyusui dengan status gizi bayi usia 0-6 bulan, diketahui sebanyak 60,78% ibu menyusui mengalami anemia tersebut 3,23% bayi dengan kategori gizi kurang.

Prentice dalam Fikawati (2015) mengemukakan bahwa status gizi ibu menyusui yang baik berkorelasi dengan kuantitas ASI. Hidayati (2014) mengungkapkan ibu menyusui perlu diperhatikan kebutuhan air, kalori, protein serta mineralnya. Seorang ibu menyusui dianjurkan minum 8-12 gelas, selain itu kalori yang dibutuhkan juga bertambah. Seorang ibu menyusui memerlukan asupan per hari sebanyak 2.700 kkal. Kebutuhan tambahan asupan kalori sebanyak 500 kkal perhari. Apabila asupan kurang dari yang direkomendasikan, maka akan berdampak pada penurunan berat badan post partum.

### **3. Periode 6-24 Bulan (540 hari)**

Periode ini dimulai pemberian makanan pada bayi selain ASI yang dilanjutkan sampai anak berusia dua tahun. Pada periode ini sistem pencernaan sudah relatif sempurna. Pemberian MP-ASI pada periode ini harus dilakukan secara bertahap, sedikit demi sedikit dan terus bertambah seiring pertambahan usia bayi. Begitupula dengan konsistensi makanan bayi yang harus dimulai dengan makanan encer hingga makanan keluarga (Arisman, 2014).

Masa pemberian pendamping ASI (MP-ASI) yang diperkenalkan haruslah secara bertahap dari makanan cair, saring lembek, hingga padat. MP-ASI sendiri sebaiknya dibuat di rumah

ibu agar lebih bervariasi, lebih bergizi serta lebih ekonomis. Menurut WHO (2012) pemberian MP-ASI saja tidak mencukupi kebutuhan bayi.

Menurut Fikawati (2015) yang sebaiknya dilakukan dalam proses pemberian MP-ASI yaitu tetap memberikan ASI secara *on demand* (sesuai kebutuhan bayi), melakukan *responsive feeding* dan *psycososial care*, memperhatikan kondisi nyaman bayi saat memberikan MP-ASI, memperhatikan kebersihan makanan, konsistensi MP-ASI, jenis dan bahan makanan sesuai kebutuhan serta kemampuan adaptasi sesuai dengan usia bayi, Meningkatkan frekuensi makan seiring bertambahnya usia bayi, Memberikan MP-ASI fortifikasi atau suplementasi vitamin jika terjadi kesenjangan akan kebutuhan zat gizi seperti vitamin A, B dan zat besi serta meningkatkan konsumsi cairan dan frekuensi menyusui saat bayi sakit.

Menurut Kemenkes RI (2015) pada bayi usia 6 bulan sampai 2 tahun yang harus dilakukan ialah pemberian MP-ASI. Namun, pemberian ASI harus tetap diberikan, berikan kapsul vitamin A, melengkapi imunisasi dasar pada bayi yaitu imunisasi hepatitis B, BCG dan polio 1 pada saat umur bayi 0-7 hari, DPT/HB 1 dan polio 2 pada usia 2 bulan, DPT/HB 2 pada usia 3 bulan, DPT/HB 3 dan polio 4 pada usia 4 bulan dan imunisasi campak pada usia 9 bulan dan memantau pertumbuhan dan perkembangan serta mencegah dan menangani anak.

## **I. Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM)**

Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) MCA-Indonesia (2015) untuk mengurangi anak *stunting* bertujuan mengurangi dan mencegah bayi lahir dengan berat badan rendah dan anak *stunting*, serta kekurangan gizi pada anak-anak. Dalam jangka panjang, proyek diharapkan dapat meningkatkan pendapatan rumah tangga melalui penghematan biaya kesehatan dan peningkatan produktivitas.

Untuk mencapai tujuan itu, PKGBM melakukan beberapa kegiatan yang berorientasi pada perbaikan status gizi ibu hamil dan

anak, antara lain melalui peningkatan peran serta masyarakat, perbaikan asupan gizi, pengurangan kasus diare, meningkatkan ketersediaan makanan bergizi yang terjangkau, serta meningkatkan kesadaran Pemerintah Indonesia dan masyarakat tentang pentingnya isu *stunting*. Proyek ini menggabungkan pendekatan pemberdayaan masyarakat dengan peningkatan suplai bidang kesehatan. PKGBM juga mengintegrasikan beberapa kegiatan yang selama ini dilaksanakan secara terpisah, yakni pemberdayaan masyarakat, perbaikan sanitasi dan perilaku hidup sehat, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penyediaan alat kesehatan, pemberian insentif bagi tenaga kesehatan, pelibatan pihak swasta, serta peningkatan kesadaran melalui kampanye (MCA-Indonesia, 2015).

Berdasarkan kedua program pemerintah berkaitan dengan pencegahan *stunting* pada balita yaitu Gerakan 1000 HPK dan PKGBM ini, maka penelitian ini dilakukan. Penelitian ini mencoba menerapkan kedua program ini guna mencegah dini kejadian *stunting* pada balita. Melalui salah satu program PKGBM yaitu peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, dalam penelitian ini dilakukan peningkatan kapasitas kader posyandu sebagai salah satu tenaga kesehatan. Melalui gerakan 1000 HPK, dalam penelitian ini kader diberi edukasi tentang penerapan gerakan 1000 HPK dalam upaya mencegah dini kejadian *stunting* pada balita.

## BAB V

### STUNTING

#### A. Faktor yang Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita *Stunting* Ditinjau dari Perilaku Ibu dalam 1000 HPK

Pada tahap ini diawali dengan membagikan kuesioner survey perilaku ibu pada masa 1000 HPK kepada ibu dengan balita *stunting* dan ibu dengan balita tidak *stunting*. Penyebaran kuesioner dimulai tanggal 4 Oktober 2018 sampai 15 oktober 2018. Kegiatan penyebaran kusioner dilakukan di Posyandu Dahlia 2, Posyandu Dahlia 3, dan Posyandu Dahlia 4 Puskesmas Sering.

Ibu yang menjadi responden dalam penelitian ini berasal dari wilayah kerja Puskesmas Sering. Responden terbagi atas ibu dengan balita *stunting* (kelompok kasus) dan ibu dengan balita normal (kelompok kontrol) masing-masing 30 orang. Data hasil penelitian survey perilaku ibu dalam 1000 HPK dalam upaya pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita mencakup karakteristik ibu dan faktor-faktor yang memengaruhi perilaku ibu. Ketika kegiatan pengumpulan data tidak ditemukan kendala tetapi ada sebagian responden yang bertanya tentang pernyataan kusioner yang dibagikan dan dijelaskan peneliti kembali agar jawaban lebih valid.

#### 1. Konfirmasi Pakar tentang Perilaku Ibu

Berdasarkan hasil wawancara tentang perilaku ibu dalam 1000 HPK dengan kepala puskesmas dan bidan di Puskesmas Sering sebagai berikut:

*“...Yah kader hanya menerima, mendaftarkan, mencatat, menimbang ibu hamil, memberi penyuluhan tapi kalau ditemukan ibu kurang sehat, keputusan tetap di tangan medis mau dirujukkah ke rs atau tidak...”.* (Kapus).

“... *Bidan yang memeriksa kehamilannya, kami hanya memberikan vitamin, tetapi itu dulu sekarang tidak ada lagi di posyandu. Sekarang hanya memberi PMT..*”. (Bidan)

Selanjutnya hasil validitasi dari kepala puskesmas dan tenaga kesehatan menjelaskan bahwa kendala yang dihadapi dapat meminimalisasi kejadian *stunting* jika ada dukungan sarana prasarana seperti ruang khusus untuk operasional posyandu dan penyediaan paket data internet untuk *website stunting* oleh para kader. Peran serta lintas sektoral juga dapat menjadi salah satu dukungan bagi keberhasilan pencegahan dini kejadian *stunting* pada balita melalui gerakan 1000 HPK.

## 2. Faktor Predisposisi (Pengetahuan, Sikap, Tindakan), Faktor Pendukung (Pendapatan, Dukungan Keluarga), Faktor Pendorong (Dukungan Nakes dan Kader)

Setelah data kuesioner terkumpul, selanjutnya data dianalisis berdasarkan univariat yaitu menjelaskan karakteristik ibu hamil, variabel penelitian terdiri atas pengetahuan, sikap, tindakan, pendapatan, dukungan keluarga, dukungan nakes dan kader.

### B. Karakteristik Ibu

Data hasil univariat dalam penelitian ini yaitu karakteristik ibu mencakup umur, pekerjaan, pendidikan, jumlah anak, umur balita, dan jenis kelamin balita diperoleh hasil yang beragam.

**Tabel 3. Karakteristik Ibu**

No.	Karakteristik Responden	Kasus		Kontrol	
		Jumlah (n)	Persentase (%)	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	<b>Umur</b>				
	20-30 tahun	24	80,0	21	70,0
	31-40 tahun	6	20,0	9	30,0
2.	<b>Pekerjaan</b>				
	IRT	30	100,0	24	80,0
	Pegawai	0	0	6	20,0
3.	<b>Pendidikan</b>				
	SD	1	3,3	2	6,7
	SMP	8	26,7	7	23,3
	SMA	21	70,0	21	70,0

No.	Karakteristik Responden	Kasus		Kontrol	
		Jumlah (n)	Persentase (%)	Jumlah (n)	Persentase (%)
4.	<b>Jumlah Anak</b>				
	1 orang	3	10,0	2	6,7
	2-4 orang	25	83,3	22	73,3
	> 4 orang	2	6,7	6	20,0
5.	<b>Umur Balita</b>				
	1-12 bulan	1	3,3	4	13,3
	13-24 bulan	7	23,3	5	16,7
	25-36 bulan	7	23,3	18	60,0
	37-60 tahun	15	50,0	3	10,0
6.	<b>Jenis Kelamin</b>				
	Perempuan	17	56,7	17	56,7
	Laki-laki	13	43,3	13	43,3

Berdasarkan tabel 3 diketahui distribusi ibu pada kelompok kasus, lebih banyak ibu berumur 20-30 tahun (80%), seluruhnya bekerja sebagai ibu rumah tangga (100%), lebih banyak ibu tamat SMA (70%), jumlah anak lebih banyak ibu memiliki 2-4 orang anak (83,3%), lebih banyak ibu memiliki balita berumur 37-60 bulan (50,0%), lebih banyak ibu memiliki balita perempuan (56,7%). Distribusi ibu pada kelompok kontrol, lebih banyak ibu berumur 20-30 tahun (70%), lebih banyak ibu bekerja sebagai ibu rumah tangga (80%), lebih banyak ibu tamat SMA (70%), lebih banyak ibu memiliki 2-4 orang anak (73,3%), lebih banyak ibu memiliki balita berumur 25-36 bulan (60,0%) dan lebih banyak ibu memiliki balita perempuan (56,7%).

### **C. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita *Stunting* Ditinjau Dari Perilaku Ibu Selama 1000 HPK**

Data hasil bivariat dalam penelitian ini yaitu faktor-faktor yang memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting* ditinjau dari perilaku ibu selama 1000 HPK. Faktor-faktor tersebut terdiri atas faktor predisposisi (pengetahuan, sikap dan tindakan), faktor pendukung (pendapatan keluarga dan dukungan keluarga), faktor pendorong (dukungan tenaga kesehatan dan dukungan kader posyandu) dan variabel dependen yaitu ibu berisiko melahirkan balita *stunting* dalam bentuk distribusi tabel frekuensi dan diperoleh hasil yang beragam.

## 1. Faktor Predisposisi

Hubungan faktor predisposisi (pengetahuan, sikap dan tindakan) dengan ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

**Tabel 4. Hubungan Faktor Predisposisi dengan Ibu Berisiko Melahirkan Balita *Stunting***

No	Faktor Predisposisi	Melahirkan Balita				Total	p Value	POR (CI 95%)	
		<i>Stunting</i>							
		Kasus	Kontrol	n	%				
1.	<b>Pengetahuan</b>								
	Kurang baik	23	60,5	15	39,5	38	100	0,032	1,902 (1,085-9,952)
	Baik	7	31,8	15	68,2	22	100		
2.	<b>Sikap</b>								
	Negatif	25	62,5	15	37,5	40	100	0,006	2,500 (1,510-16,560)
	Positif	5	25,0	15	75,0	20	100		
3.	<b>Tindakan</b>								
	Kurang baik	25	59,5	17	40,5	42	100	0,024	2,143 (1,150-12,713)
	Baik	5	27,8	15	72,2	18	100		

Hasil penelitian pada tabel 4 dapat dilihat pada kelompok kasus, pengetahuan ibu yang kurang baik (60,5%) lebih banyak dibandingkan ibu pada kelompok kontrol (39,5%), sebaliknya ibu pada kelompok kasus dengan pengetahuan baik (31,8%) lebih sedikit dibandingkan kelompok kontrol (68,2%). Pengetahuan ibu pada kelompok kasus yang lebih banyak kurang baik dibuktikan dari hasil jawaban ibu terhadap pernyataan pada kuesioner, dimana ibu pada umumnya kurang mengetahui tentang vaksinasi untuk ibu hamil, informasi tentang menyusui dan pemberian ASI selama 6 bulan tidak disertai makanan tambahan lainnya, dan MP-ASI. Sebaliknya ibu dari kelompok kontrol dengan anak balita yang normal, umumnya memiliki pengetahuan yang baik tentang faktor resiko melahirkan balita *stunting*.

Kelompok kasus menunjukkan bahwa ibu yang memiliki sikap negatif (62,5%) lebih banyak dibandingkan ibu pada kelompok kontrol (37,5%), sebaliknya ibu pada kelompok kasus dengan sikap baik (25%) lebih sedikit dibandingkan kelompok kontrol (75%). Sikap ibu pada kelompok kasus yang negatif dibuktikan dari hasil jawaban ibu terhadap pernyataan pada

kuesioner, dimana ibu pada umumnya kurang merespon terhadap dampak gizi, manfaat vaksinasi TT bagi ibu hamil, pemberian ASI eksklusif dan MP-ASI sesuai anjuran tenaga kesehatan. Sebaliknya pada ibu dari kelompok kontrol dengan anak balita yang normal, umumnya bersikap positif terhadap faktor resiko melahirkan balita *stunting*.

Kelompok kasus menunjukkan, ibu yang memiliki tindakan kurang baik (59,5%) lebih banyak dibandingkan ibu pada kelompok kontrol (40,5%), demikian juga ibu pada kelompok kasus dengan tindakan baik (27,8%) lebih sedikit dibandingkan kelompok kontrol (72,2%). Tindakan ibu pada kelompok kasus yang kurang baik dibuktikan dari hasil jawaban ibu terhadap pernyataan pada kuesioner, dimana pada umumnya ibu saat hamil tidak mendapatkan imunisasi TT, lalai mengonsumsi tablet Fe (90 tablet), ibu tidak menerapkan IMD, tidak melanjutkan pemberian ASI sampai anak berusia dua tahun. Sebaliknya pada ibu dari kelompok kontrol dengan anak balita yang normal, umumnya melakukan hal-hal di atas dengan baik selama kehamilan.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ibu dengan pengetahuan kurang tentang 1000 HPK memiliki risiko melahirkan balita *stunting* sebesar 1,902 kali dibanding dengan ibu berpengetahuan baik tentang 1000 HPK dengan nilai POR= 1,902; CI95% (1,085-9,952) (tabel 4). Pengetahuan memiliki nilai  $p=0,032$  ( $p<0,05$ ) secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ibu dengan sikap kurang terhadap 1000 HPK memiliki risiko melahirkan balita *stunting* sebesar 2,500 kali dibanding dengan ibu dengan sikap baik terhadap 1000 HPK dengan nilai POR= 2,500; CI95% (1,510-16,560) (tabel 5.2). Sikap memiliki nilai  $p=0,006$  ( $p<0,05$ ) secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ibu dengan tindakan kurang dalam 1000 HPK memiliki risiko melahirkan balita *stunting* sebesar 2,143 kali dibanding dengan ibu dengan tindakan baik dalam 1000 HPK dengan nilai POR= 2,143; CI95% (1,150-12,713) (tabel 5.2). Tindakan memiliki nilai  $p=0,024$  ( $p<0,05$ )

secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Setelah dilakukan analisis uji bivariat terhadap faktor prediposisi (pengetahuan, sikap dan tindakan) ibu, selanjutnya dilakukan analisis kuesioner untuk mengetahui indikator apa saja yang paling dominan paling berpengaruh terhadap risiko melahirkan balita *stunting* sebagai berikut.

**Tabel 5. Analisis Kuesioner Pengetahuan Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita *Stunting***

Pengetahuan		Salah		Benar	
		n	%	n	%
1	Dampak kekurangan gizi	34	56,7	26	43,3
2	Imunisasi tetanus toxoid (TT)	39	65,0	21	35,0
3	Informasi menyusui	37	61,7	23	38,3
4	MP-ASI	34	56,7	26	43,3

Berdasarkan tabel 5 didapat hasil bahwa pengetahuan ibu yang kurang baik sehingga berisiko melahirkan balita *stunting* adalah pemahaman tentang dampak kekurangan gizi (56,7%), manfaat imunisasi TT (65%), informasi menyusui (61,7%) dan makanan pendamping ASI (56,7%).

**Tabel 6. Analisis Kuesioner Faktor Sikap Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita *Stunting***

Sikap		Tidak Setuju		Setuju	
		n	%	n	%
1	Dampak kekurangan gizi	57	95,0	3	5,0
2	Vaksinasi selama hamil	48	80,0	12	20,0
3	Pemberian ASI Eksklusif	46	76,7	14	23,3
4	MP-ASI	47	78,3	13	21,7

Hasil pada tabel 6 didapat hasil bahwa sikap ibu yang negatif adalah respons negatif terhadap dampak kekurangan gizi (95%), vaksinasi selama hamil (80%), pemberian ASI eksklusif (76,7%) dan makanan pendamping ASI (78,3%).

**Tabel 7. Analisis Kuesioner Tindakan Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita *Stunting***

	Tindakan	Tidak		Ya	
		n	%	n	%
1	Vaksinasi selamahamil	41	68,3	19	31,7
2	Konsumsi tablet Fe	48	80,0	12	20,0
3	Inisiasi menyusui dini	46	76,7	14	23,3
4	Pemberian ASI sampai 2 tahun	40	66,7	20	33,3

Hasil pada tabel 7 didapat hasil bahwa tindakan ibu yang sangat kurang baik sehingga berisiko melahirkan balita *stunting* adalah tidak melakukan vaksinasi selama hamil (68,3%), tidak mengonsumsi tablet Fe 90 tablet (80%), tidak melakukan IMD (76,7%), dan tidak memberikan ASI sampai 2 tahun (66,7%).

## 2. Faktor Pendukung

Hubungan faktor pendukung (pendapatan keluarga dan dukungan keluarga), dengan ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

**Tabel 8. Hubungan Faktor Pendukung dengan Ibu Berisiko Melahirkan Balita *Stunting***

No	Faktor Pendukung	Melahirkan Balita				Total	p Value	POR (CI 95%)
		<i>Stunting</i>						
		Kasus		Kontrol				
n	%	n	%	n	%			
1.	<b>Pendapatan Keluarga</b>							
	<UMR	20	62,5	12	37,5	32	100	0,03
	≥UMR	10	35,7	18	64,3	28	100	8 (1,046-8,603)
2.	<b>Dukungan Keluarga</b>							
	Kurang	26	63,4	15	36,6	41	100	0,00
	Mendukung							2 (1,820-
	Mendukung	4	21,1	15	78,9	19	100	23,213)

Hasil penelitian pada tabel 8 dapat dilihat pada kelompok kasus, ibu yang memiliki pendapatan di bawah nilai UMR Rp. 2.750.000 (62,5%) lebih banyak dibandingkan ibu pada kelompok kontrol (37,5%), demikian juga ibu pada kelompok kasus yang memiliki pendapatan lebih tinggi dari nilai UMR Rp. 2.750.000 lebih sedikit (35,7%) dibandingkan kelompok kontrol (64,3%). Pendapatan keluarga ibu pada kelompok kasus yang pada umumnya di bawah nilai UMR Rp. 2.750.000 (62,5%) sehingga menjadi satu

kendala dalam berperilaku sehat selama kehamilan. Sebaliknya pada ibu dari kelompok kontrol dengan anak balita yang normal, umumnya memiliki pendapatan lebih tinggi dari nilai UMR, sehingga lebih mampu memenuhi kebutuhan untuk menunjang kesehatan selama hamil.

Kelompok kasus menunjukkan bahwa ibu yang menyatakan keluarga kurang mendukung (63,4%) lebih banyak dibandingkan ibu pada kelompok kontrol (36,6%), demikian juga ibu pada kelompok kasus yang menyatakan keluarga mendukung (21,1%) lebih sedikit dibandingkan kelompok kontrol (78,9%). Dukungan keluarga pada kelompok kasus yang kurang mendukung dibuktikan dari hasil jawaban ibu terhadap pernyataan pada kuesioner, dimana pada umumnya suami/keluarga tidak mengingatkan ibu untuk makan sering dengan porsi sedikit, tidak rutin melakukan perawatan payudara, menganjurkan IMD saat bayi baru lahir 1 jam pertama, dan tidak membantu ibu membawa balita ke posyandu. Sebaliknya pada ibu dari kelompok kontrol dengan anak balita yang normal, umumnya didukung suami/keluarga dalam melakukan hal-hal tersebut di atas.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ibu dengan pendapatan keluarga di bawah nilai UMR Rp. 2.750.000 memiliki risiko melahirkan balita *stunting* sebesar 1,750 kali dibanding dengan ibu dengan keluarga mendukung dengan nilai POR=1,750; CI95% (1,046-8,603) (tabel 5). Pendapatan keluarga memiliki nilai  $p=0,038$  ( $p<0,05$ ) secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ibu dengan keluarga kurang mendukung memiliki risiko melahirkan balita *stunting* sebesar 3,012 kali dibanding dengan ibu dengan keluarga mendukung dengan nilai POR= 3,012; CI95% (1,820-23,213) (tabel 5). Dukungan keluarga memiliki nilai  $p=0,002$  ( $p<0,05$ ) secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Setelah dilakukan analisis uji bivariat terhadap faktor pendukung yaitu dukungan keluarga ibu, selanjutnya dilakukan analisis kuesioner untuk mengetahui indikator apa saja yang paling

dominan paling berpengaruh terhadap resiko melahirkan balita *stunting* sebagai berikut:

**Tabel 9. Analisis Kuesioner Dukungan Keluarga Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita *Stunting***

Dukungan Keluarga	Tidak		Ya	
	n	%	n	%
1. Mengingat makan porsi kecil tapi sering	56	93,3	4	6,7
2. Mengingat perawatan payudara	46	76,7	14	23,3
3. Mengingat IMD	42	70,0	18	30,0
4. Membantu balita ke posyandu	40	66,7	20	33,3

Berdasarkan pada tabel 9 didapat hasil bahwa dukungan keluarga yang sangat kurang baik sehingga berisiko melahirkan balita *stunting* mengenai tidak diingatkan makan dengan porsi kecil tapi sering (93,3%), tidak mengingatkan melakukan perawatan payudara (76,7%), tidak mengingatkan melakukan IMD (68,3%), dan tidak membantu membawa balita ke posyandu (66,7%).

### 3. Faktor Pendorong

Hubungan faktor pendorong (dukungan tenaga kesehatan dan dukungan kader) dengan ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

**Tabel 10. Hubungan Faktor Pendorong dengan Ibu Berisiko Melahirkan Balita *Stunting***

No	Faktor Pendorong	Melahirkan Balita <i>Stunting</i>				Total	p Value	POR (CI 95%)
		Kasus		Kontrol				
		n	%	n	%			
<b>1. Dukungan Tenaga Kesehatan</b>								
	Kurang	23	60,5	15	39,5	38	100	0,032 1,902 (1,085-9,952)
	Mendukung							
	Mendukung	7	31,8	15	68,2	22	100,	
<b>2. Dukungan Kader</b>								
	Kurang	22	62,2	14	37,8	37	100	0,017 2,042 (1,239-11,385)
	Mendukung							
	Mendukung	7	30,4	16	69,6	23	100,	

Hasil penelitian pada tabel 10 dapat dilihat pada kelompok kasus, ibu yang menyatakan tenaga kesehatan kurang mendukung (60,5%) lebih banyak dibandingkan ibu pada kelompok kontrol (39,5%), demikian juga ibu pada kelompok kasus yang menyatakan mendapat dukungan dari tenaga kesehatan lebih sedikit (31,8%) dibandingkan kelompok kontrol (68,2%). Dukungan tenaga kesehatan pada kelompok kasus yang kurang mendukung dibuktikan dari hasil jawaban ibu terhadap pernyataan pada kuesioner, kader tidak rutin menganjurkan agar ibu makan dengan porsi kecil tetapi sering, tidak rutin menganjurkan ibu mengonsumsi tablet Fe sebanyak 90 tablet, tidak rutin menganjurkan ibu melahirkan ditolong oleh petugas kesehatan sekaligus memeriksa kesehatan dan tidak menganjurkan pemberian ASI Eksklusif. Sebaliknya pada ibu dari kelompok kontrol dengan anak balita yang normal, umumnya didukung anjuran dari tenaga kesehatan untuk melakukan hal tersebut di atas.

Kelompok kasus menunjukkan bahwa ibu yang menyatakan kader kurang mendukung (62,2%) lebih banyak dibandingkan ibu pada kelompok kontrol (37,8%), demikian juga ibu pada kelompok kasus yang menyatakan mendapat dukungan dari kader (30,4%) lebih sedikit dibandingkan kelompok kontrol (69,6%). Dukungan kader posyandu pada kelompok kasus yang dikategorikan kurang mendukung dibuktikan dari hasil jawaban ibu terhadap pernyataan pada kuesioner, pada umumnya kader tidak memberitahukan kepada ibu agar sebelum hamil harus dalam kondisi tidak kekurangan energi kronis (KEK), sebelum hamil memastikan diri tidak mengalami anemia, kader tidak ada memberitahukan *stunting* pada anak dapat dicegah bila ibu rutin memeriksakan kehamilan, kader tidak rutin mengukur panjang badan bayi dan tinggi badan balita setiap kunjungan ke posyandu jika selama hamil ibu tidak menjaga asupan gizi seimbang.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ibu dengan dukungan tenaga kesehatan kurang mendukung memiliki risiko melahirkan balita *stunting* sebesar 1,902 kali dibanding dengan ibu dengan keluarga mendukung dengan nilai POR= 1,902; CI95%

(1,085-9,952) (tabel 10). Dukungan tenaga kesehatan memiliki nilai  $p=0,032$  ( $p<0,05$ ) secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ibu dengan dukungan kader kurang mendukung memiliki risiko melahirkan balita *stunting* sebesar 2,042 kali dibanding dengan ibu dengan dukungan kader mendukung dengan nilai  $POR= 2,042$ ;  $CI95\%$  (1,239-11,385) (tabel 5.4). Dukungan tenaga kesehatan memiliki nilai  $p=0,017$  ( $p<0,05$ ) secara statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Setelah dilakukan analisis uji bivariat terhadap faktor pendukung yaitu dukungan keluarga ibu, selanjutnya dilakukan analisis kuesioner untuk mengetahui indikator apa saja yang paling dominan paling berpengaruh terhadap resiko melahirkan balita *stunting* sebagai berikut.

**Tabel 11. Analisis Kuesioner Dukungan Tenaga Kesehatan dan Kader Memengaruhi Ibu Berisiko Melahirkan Balita *Stunting***

Dukungan Tenaga Kesehatan	Tidak		Ya	
	n	%	n	%
1. Menganjurkan makan porsi kecil tapi sering	56	93,3	4	6,7
2. Menganjurkan mengonsumsi tablet Fe	40	66,7	20	33,3
3. Menganjurkan nakes penolong bersalin	33	55,0	27	45,0
4. Menganjurkan ASI eksklusif	36	60,0	24	40,0
<b>Dukungan Kader</b>				
1. Memberitahukan kekurangan energi kronis (KEK)	54	90,0	6	10,0
2. Memberitahukan anemia	53	88,3	7	11,7
3. Memberitahukan <i>stunting</i>	44	73,3	16	26,7
4. Mengukur panjang badan bayi dan tinggi badan balita	47	78,3	13	21,7

Berdasarkan pada tabel 11 didapat hasil bahwa dukungan tenaga kesehatan yang kurang sehingga berisiko melahirkan balita *stunting* tentang tidak menganjurkan makan porsi kecil tapi sering (93,3%), tidak menganjurkan mengonsumsi tablet Fe sebanyak 90 tablet setiap hari (66,7%), tidak menganjurkan ibu melahirkan ditolong oleh petugas kesehatan (55%), dan tidak menganjurkan ibu memberikan ASI selama 6 bulan (60%).

Selanjutnya dukungan kader yang kurang sehingga berisiko melahirkan balita *stunting* adalah tidak memberitahukan tentang

kekurangan energi kronis (KEK) pada masa kehamilan (90%), tidak memberitahu selama hamil agar tidak mengalami anemia (88,3%), tidak tidak memberitahu tentang *stunting* (73,3%), dan tidak mengukur panjang dan tinggi badan balita menggunakan alat ukur seperti pita meter (78,3%).

Rekapitulasi hasil uji bivariat antara variabel independen dan dependen menunjukkan bahwa variabel independen (pengetahuan, sikap, tindakan, pendapatan keluarga, dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan dan dukungan kader posyandu) seluruhnya memiliki nilai p-value <0,05.

**Tabel 12. Rekapitulasi Hasil Uji Bivariat antar Variabel Penelitian**

No.	Variabel	p Value	POR (CI 95%)	Keterangan
1.	Pengetahuan	0,032	1,902 (1,085- 9,952)	Berhubungan
2.	Sikap	0,006	2,500 (1,510-16,560)	Berhubungan
3.	Tindakan	0,024	2,143 (1,150-12,713)	Berhubungan
4.	Pendapatan Keluarga	0,038	1,750 (1,046-8,603)	Berhubungan
5.	Dukungan Keluarga	0,002	3,012 (1,820-23,213)	Berhubungan
6.	Dukungan Tenaga Kesehatan	0,032	1,902 (1,085-9,952)	Berhubungan
7.	Dukungan Kader Posyandu	0,032	1,902 (1,085-9,952)	Berhubungan

Hasil analisis bivariat yang mempunyai nilai  $p \leq 0,25$  dapat dijadikan variabel terpilih untuk masuk ke dalam pemodelan, berikut ini adalah kandidat yang akan dipilih menjadi model ibu berisiko melahirkan balita *stunting*. Variabel yang masuk dalam pemodelan adalah seluruh variabel yang diidentifikasi kandidat karena nilai p-value  $\leq 0,25$  yaitu pengetahuan, sikap, tindakan, pendapatan keluarga, dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan dan dukungan kader posyandu.

**Tabel 13. Hasil Analisis Bivariat Identifikasi Kandidat Model Ibu Berisiko Melahirkan Balita *Stunting***

No.	Variabel	Nilai P	Keputusan
1.	Pengetahuan	0,032 (<0,25)	Masuk kandidat model
2.	Sikap	0,006 (<0,25)	Masuk kandidat model
3.	Tindakan	0,024 (<0,25)	Masuk kandidat model
4.	Pendapatan keluarga	0,038 (<0,25)	Masuk kandidat model
5.	Dukungan keluarga	0,002 (<0,25)	Masuk kandidat model
6.	Dukungan tenaga kesehatan	0,032 (<0,25)	Masuk kandidat model
7.	Dukungan kader posyandu	0,032(<0,25)	Masuk kandidat model

Pemodelan yang dilakukan dengan memasukkan secara bersama-sama seluruh variabel independen ke model multivariat. Bila uji bivariat mempunyai nilai *p-value* <0,25 maka variabel tersebut masuk dalam model multivariat. Variabel yang *p-valuenya* >0,25, namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat masuk dalam model. Ketika sudah masuk analisis multivariat, maka variabel yang masuk dalam model multivariat mempunyai nilai *p-value* ≤0,05. Variabel dengan *p-value* >0,05 dikeluarkan dari model multivariat satu persatu dari mulai *p-value* terbesar.

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui berapa sumbangan secara bersama-sama seluruh faktor risiko terhadap ibu melahirkan balita *stunting*. Analisis ini menggunakan uji regresi logistik berganda dengan metode *Backward* pada tingkat kepercayaan 95%, dengan menggunakan perangkat komputer. Alasan penggunaan uji ini agar dapat memilih variabel independen yang paling dominan, jika diuji secara bersama-sama terhadap ibu berisiko melahirkan balita *stunting*. Variabel independen yang tidak berpengaruh secara otomatis akan dikeluarkan dari perhitungan. Variabel yang dijadikan kandidat dalam uji regresi logistik ini seluruh variabel independen. Berdasarkan hasil pemodelan diperoleh sebagai berikut:

**Tabel 14. Model Akhir untuk Memprediksi Faktor yang Memengaruhi Ibu Melahirkan Balita *Stunting***

No	Variabel	B	S.E	Wald	Df	P Value	OR	95% C.I. for Exp(B)	
1.	Pengetahuan	1,773	0,837	4,484	1	0,034	5,889	1,141	30,393
2.	Sikap	2,093	0,958	4,775	1	0,029	8,113	1,241	53,047
3.	Tindakan	1,872	0,877	4,554	1	0,033	6,504	1,165	36,308

No	Variabel	B	S.E	Wald	Df	P Value	OR	95% C.I. for Exp(B)	
4.	Pendapatan keluarga	2,065	0,879	5,514	1	0,019	7,885	1,407	44,188
5.	Dukungan keluarga	2,537	0,958	7,017	1	0,008	12,644	1,935	82,640
6.	Dukungan kader posyandu	2,066	0,937	4,860	1	0,027	7,897	1,258	49,582
	Constant	-8,058	2,082	14,987	1	0,000	0,000		

Hasil tahapan pemodelan pertama setelah dilakukan tahapan eliminasi, variabel yang *p-value*nya >0,05 yaitu dukungan tenaga kesehatan sehingga dikeluarkan. Selanjutnya pada tahap kedua menunjukkan 6 variabel independen yang memiliki *p-value* <0,05 yaitu pengetahuan *p-value* 0,034, OR=5,889 (95% CI; 1,141-30,393), berarti pengetahuan ibu kurang baik berpeluang 5,889 kali berisiko melahirkan balita *stunting*. Upaya meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang *stunting* dengan memberikan penyuluhan kepada kelompok kelas ibu hamil di setiap kelurahan. Kelas ibu hamil bertujuan untuk mengatasi gangguan atau hambatan selama proses menjalani kehamilan, melahirkan dan pasca melahirkan.

Variabel berikutnya yaitu sikap *p-value* 0,029 dan OR = 8,113 (95% CI;1,241-53,047) (tabel 9), artinya sikap ibu negatif berpeluang 8,113 kali berisiko melahirkan balita *stunting*. Upaya dalam meningkatkan respons (sikap) ibu hamil tentang *stunting* pada balita dengan memberikan pembinaan gizi di kelompok Kelas Ibu hamil karena kekurangan gizi bagi ibu akan menyebabkan kegagalan pertumbuhan fisik, perkembangan kecerdasan, menurunkan produktivitas kerja dan daya tahan tubuh pada masa hamil serta berdampak terhadap tumbuh kembang bayi yang akan dilahirkan.

Variabel tindakan ibu *p-value* 0,033 dan OR=6,504 (95% CI 1,165-36,308), artinya tindakan ibu kurang baik berpeluang 6,504 kali berisiko melahirkan balita *stunting* (tabel 9). Upaya meningkatkan tindakan ibu hamil tentang *stunting* melalui penyuluhan Program Makanan Tambahan (PMT) dari puskesmas melakukan pemantauan langsung ke rumah-rumah tentang perkembangan status gizi ibu hamil dan balita. Saat ini

program tersebut mendistribusikan biskuit mengandung kalori tinggi kepada balita gizi buruk. Seyogianya balita *stunting* dapat diikutsertakan dalam program ini untuk meningkatkan status gizi normal karena balita *stunting* juga dapat disebabkan karena gangguan gizi.

Variabel pendapatan keluarga *p-value* 0,019 dan OR = 7,885 (95% CI 1,407-44,188), artinya pendapatan keluarga di bawah UMR berpeluang 7,885 kali ibu berisiko melahirkan balita *stunting* (tabel 9). Kondisi ekonomi erat kaitannya dengan kemampuan dalam memenuhi asupan yang bergizi dan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan balita. Upaya meningkatkan kebutuhan gizi ibu hamil dan anak melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) dengan sasaran meningkatkan status gizi kesehatan dan gizi ibu dan anak, meningkatkan pengendalian penyakit, dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan keluarga melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS). Selain itu, keluarga juga dapat menjadi peserta Program Keluarga Harapan (PKH), dimana pemerintah memberikan bantuan kepada keluarga miskin untuk membantu keluarga dalam memenuhi terutama kebutuhan gizi dan kesehatan

Variabel dukungan keluarga *p-value* 0,008 dan OR=12,644 (95% CI;1,935-82,640), artinya dukungan keluarga kurang baik berpeluang 12,644 kali ibu berisiko melahirkan balita *stunting* (tabel 9). Dukungan keluarga terutama suami sebagai faktor dominan ibu berisiko melahirkan *stunting*. Peran keluarga dapat ditingkatkan dengan memberdayakan program suami siaga bertugas sebagai orang terdekat dalam memberikan dorongan, anjuran dan bantuan kepada ibu hamil dengan memberikan edukasi tentang program 1000 hari pertama kehidupan.

Variabel terakhir dukungan kader posyandu dengan nilai *pvalue* 0,027 dan OR = 7,897 (95% CI;1,258-49,582), artinya dukungan kurang dari kader posyandu berpeluang 7,897 kali ibu berisiko melahirkan balita *stunting* (tabel 9). Peran kader sangat penting sebagai penyelenggara Posyandu dalam pemantau berat badan dan tinggi badan ibu hamil dan anak. Untuk meningkatkan

kemampuan dan keterampilan kader diberikan pelatihan dan edukasi tentang 1000 hari pertama kehidupan secara berkala. Selain itu, pentingnya dukungan dari tokoh masyarakat/agama di desa dalam mewujudkan Posyandu Mandiri supaya kegiatan pencegahan deteksi dini kejadian *stunting* lebih optimal. Untuk memasukkan ke dalam model regresi logistik berganda sesuai dengan hasil analisis multivariat menggunakan rumus sebagai berikut:

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

Rumus probabilitas (Fungsi Logistik) :

$$f(z) = \frac{1}{1+e^{-z}} = \frac{1}{1+e^{-(\alpha + \sum \beta_i X_i)}}$$

Dimana:

$e$  : Bilangan natural (2,7182)

$a$  : Konstanta

$\beta_i X_i$  : Jumlah koefisien  $\beta$  seluruh variabel X.

Model terbaik faktor-faktor yang memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting* ditinjau dari perilaku ibu selama 1000 HPK di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung yaitu pengetahuan, sikap, tindakan, pendapatan keluarga, dukungan keluarga dan dukungan kader posyandu berdasarkan keseluruhan langkah yang telah dilakukan adalah:

$$f = \frac{1}{2 - 2,7182^{-10,350 + 3,145 (\text{dukungan keluarga}) + 3,135 (\text{sikap}) + 3,027 (\text{dukungan kader posyandu}) + 2,940 (\text{pengetahuan}) + 2,551 (\text{pendapatan keluarga}) + 2,317 (\text{tindakan})}}$$

Variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap ibu berisiko melahirkan balita *stunting* yaitu dukungan keluarga dengan  $p$ -value 0,008 dan OR=12,644 (95% CI; 1,935-82,640). Berarti bahwa dari hasil statistik, dukungan keluarga menjadi faktor paling dominan, dimana berpeluang 12,644 kali lebih besar memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

## **BAB VI**

# **FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI IBU BERISIKO MELAHIRKAN BALITA *STUNTING***

Penelitian survei ibu untuk mengetahui faktor yang memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting* melalui pendekatan *cross sectional* karena dilakukan hanya sekali waktu secara bersamaan dan bila ditinjau dari objek penelitian merupakan pendekatan *case control* retrospektif atau studi kasus-kontrol retrospektif karena ingin dikaji perilaku ibu balita di masa lampau pada masa 1000 HPK. Penelitian dibatasi di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung dengan alasan karena ditemukan kejadian *stunting* pada balita tertinggi di Medan.

Sampel dalam penelitian survei ibu terdiri atas kelompok kasus dan kontrol yang besarnya ditetapkan sebanyak 30 orang kelompok kasus yaitu ibu dengan balita *stunting* dan 30 orang kelompok kontrol yaitu ibu dengan balita tidak *stunting*. Variabel yang diteliti yaitu variabel independen faktor predisposisi (pengetahuan, sikap dan tindakan), faktor pendukung (pendapatan keluarga dan dukungan keluarga) dan faktor pendorong (dukungan tenaga kesehatan dan dukungan kader posyandu) terhadap variabel dependen ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Hasil penelitian tahap I: survei ibu diperoleh hasil berdasarkan analisis univariat menjelaskan bahwa faktor pengetahuan baik, sikap positif, tindakan baik, pendapatan keluarga  $\geq$ UMR, keluarga mendukung, tenaga kesehatan mendukung dan kader posyandu mendukung cenderung memiliki proporsi yang rendah atau dibawah 50%. Pengetahuan ibu yang kurang baik mengenai dampak kekurangan gizi, manfaat imunisasi TT, menyusui dan makanan pendamping ASI. Upaya untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil dengan memberikan penyuluhan sewaktu melakukan pemeriksaan kesehatan dan kepada

kelompok kelas ibu hamil yang dibentuk mulai awal kehamilan di setiap kelurahan.

Tujuan kelas ibu hamil adalah meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, persalinan, perawatan nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat, penyakit menular seksual dan akte kelahiran. Peran bidan desa sebagai petugas KIA dapat memantau dan mengawasi kegiatan tersebut secara rutin.

Faktor sikap atau respons negatif ibu dalam hal merasa kekurangan gizi tidak berdampak terhadap balita, vaksinasi selama hamil, pemberian ASI eksklusif dan MP ASI pada bayi belum sesuai anjuran tenaga kesehatan sehingga beresiko melahirkan balita *stunting*. Sejalan penelitian Proverawati (2012) dan Paramashanti (2017) mengatakan keanekaragaman makanan yang buruk dan waktu pemberian MP-ASI yang tepat untuk kecukupan gizi berhubungan dengan kejadian *stunting* pada anak usia 6-24 bulan.

Sesuai Rencana Strategis Program Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA yang memuat Program Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat mencapai 94%, maka perlu ditingkatkan sikap ibu hamil dalam mencegah agar balita tidak mengalami *stunting* dengan memberikan pembinaan gizi sedini mungkin di kelompok Kelas Ibu hamil dan saat kegiatan sosial masyarakat lainnya karena kekurangan gizi bagi ibu akan menghambat pertumbuhan, perkembangan kecerdasan, menurunkan produktivitas kerja dan daya tahan tubuh pada masa hamil serta berdampak terhadap tumbuh kembang bayi yang akan dilahirkan. Pentingnya dukungan pemerintah desa bekerjasama dengan puskesmas, RW dan RT mendukung kegiatan tersebut agar kegiatan pembinaan gizi dapat lebih efektif dan efisien.

Faktor tindakan, dimana ibu tidak melakukan pencegahan dini kejadian *stunting* secara sungguh-sungguh seperti tidak berupa mendapatkan vaksinasi selama hamilyaitu TT, tidak rutin

mengonsumsi tablet Fe 90 setiap hari sebagai penambah darah untuk menghindari anemia, tidak mengikuti program IMD sewaktu bayi lahir 1 jam pertama, dan tidak memberikan ASI sampai usia 2 tahun untuk kecukupan gizi balita sehingga berisiko melahirkan balita *stunting*.

Penelitian ini didukung pendapat Aridiyah (2015) mengatakan faktor memengaruhi terjadinya *stunting* pada balita di wilayah pedesaan dan perkotaan adalah pemberian ASI eksklusif, umur pemberian MP-ASI, dan tingkat kecukupan unsur *zink* dan besi. Proverawati (2012) menambahkan untuk menghindari ibu hamil tidak mengalami gejala anemia dapat mengonsumsi tablet Fe secara rutin selama 3 bulan untuk menghindari dan mengganggu proses kehamilan dan persalinan.

Tindakan ibu dalam mencegah sedini mungkin kejadian *stunting* kurang baik, sehingga perlu diubah melalui Program Makanan Tambahan (PMT) dari puskesmas dan melakukan pemantauan langsung ke rumah-rumah tentang perkembangan status gizi ibu hamil dan balita. Kader bekerjasama ibu-ibu memiliki riwayat balita *stunting* dapat membentuk kelompok kecil untuk berbagai informasi tentang upaya mencegah *stunting* dan memberikan edukasi tentang jenis-jenis makanan mengandung gizi baik tentunya dengan bahan makanan harganya murah. Khususnya keanekaragaman makanan ini penting untuk memenuhi kebutuhan gizi seimbang.

Program tersebut saat ini di Kota Medan lebih memprioritas balita gizi buruk dengan memberikan penyuluhan dan mendistribusikan biskuit mengandung kalori tinggi kepada keluarga. Seyogiayanya keluarga berisiko melahirkan anak *stunting* dengan pendapatan rendah juga dapat diikutsertakan dalam program ini untuk meningkatkan status gizinya karena kejadian *stunting* juga dapat disebabkan karena gangguan gizi.

Faktor pendapatan keluarga rendah turut menjadi penyebab ibu berisiko melahirkan balita *stunting* karena kurang mampu memenuhi kebutuhan gizi keluarga terutama konsumsi susu dan buah, disertai kebiasaan makan yang kurang baik. Sesuai dengan

pendapat Aridiyah (2015) bahwa kejadian *stunting* lebih disebabkan faktor pendapatan keluarga rendah karena kurang mampu memenuhi asupan gizi dan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan anak.

Pemerintah telah berupaya meningkatkan kesehatan masyarakat terutama bagi keluarga berpendapatan rendah. Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program pemerintah dalam pemberian bantuan sosial bersyarat kepada keluarga miskin untuk menurunkan angka kemiskinan. PKH telah membuka akses untuk memanfaatkan berbagai fasilitas layanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimum (SPM) terutama bagi ibu hamil dan anak yang berpendapatan rendah. Oleh karena itu, keluarga dapat menjadi peserta PKH agar terjamin kesehatannya dan dapat memenuhi kebutuhan gizi (*stunting*).

Ibu kurang didukung keluarga mengenai tindakan tidak mengingatkan atau menganjurkan ibu agar makan dengan porsi kecil tapi sering, tidak mengingat perawatan payudara, tidak mengingatkan mengikuti kegiatan IMD, dan tidak membantu membawa balita ke posyandu sehingga ibu berisiko melahirkan balita *stunting*. Menurut Ayuningtias (2016) bahwa praktek pengasuhan yang memadai sangat penting tidak hanya bagi daya tahan tubuh anak tetapi juga mengoptimalkan perkembangan fisik dan mental anak serta baiknya kondisi kesehatan anak. Sebaliknya jika pengasuhan anak kurang memadai, terutama keterjaminan makanan dan kesehatan anak bisa menjadi salah satu faktor yang menghantarkan anak menderita gangguan gizi.

Upaya meningkatkan dukungan keluarga untuk meminimalisasi kejadian *stunting* pada balita melalui Gerakan Masyarakat Sehat (Germas) merupakan gerakan nasional melalui kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidup yang dimulai dari keluarga, karena keluarga adalah bagian terkecil dari masyarakat yang membentuk kepribadian. Beberapa point penting dalam program tersebut terhadap kejadian *stunting* antara lain kebiasaan keluarga mengonsumsi sayur dan buah beragam, dan memeriksa kesehatan

secara rutin melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Kartu Indonesia Sehat (KIS) bagi keluarga tidak mampu.

Ibu juga kurang mendapat dukungan dari tenaga kesehatan dan kader mengenai ibu tidak mendapatkan informasi, dorongan berupa anjuran dan saran agar membiasakan diri makan dengan porsi kecil tapi sering, mengonsumsi tablet Fe menambah darah setiap hari sekaligus untuk menghindari anemia, ibu sebaiknya memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk menghindari gangguan selama melahirkan (persalinan) dan menganjurkan agar memberikan ASI eksklusif supaya bayi memiliki berat badan ideal. Menurut Adistie (2018) bahwa peran kader kesehatan dalam kegiatan Posyandu masih belum mampu melakukan penentuan deteksi dini *stunting* dan belum mampu melakukan beberapa butir stimulasi perkembangan pada anak.

Ibu berisiko melahirkan balita *stunting* dipengaruhi faktor yang telah dipaparkan di atas. Ditinjau dari hasil validitasi bidan mengatakan bahwa perilaku ibu cenderung berisiko melahirkan *stunting* dengan berbagai alasan yaitu jarang melakukan pemeriksaan kesehatan sehingga tidak mendapatkan imunisasi TT dan tablet Fe, membawa bayi ke posyandu balita dan perilaku makanan yang tidak sesuai dengan menu gizi baik terutama pemberian susu dan buah setelah bayi usia diatas 6 bulan karena keterbatasan pendapatan keluarga. Kebiasaan keluarga memberikan makan terlalu dini kepada anak untuk mempercepat proses pertumbuhannya.

Hasil analisis bivariat keseluruhan variabel pengetahuan, sikap, tindakan, pendapatan keluarga, dukungan keluarga, tenaga kesehatan, dan kader posyandu menunjukkan hubungan dengan ibu berisiko melahirkan balita *stunting*, terbukti seluruhnya memiliki  $p\text{-value} < 0,05$ . Demikian juga hasil analisis multivariat variabel independen yang paling dominan berpengaruh terhadap ibu berisiko melahirkan balita *stunting* secara statistik yaitu dukungan keluarga dengan nilai  $OR = 12,644$  berarti dukungan keluarga berpeluang 12,644 kali ibu berisiko melahirkan balita *stunting*.

Hasil penelitian survei ibu ini menunjukkan bahwa dukungan kader posyandu memengaruhi secara signifikan kepada ibu berisiko melahirkan balita *stunting*, dengan demikian layak dilakukan penelitian tentang kader posyandu. Salah satu tugas kader adalah melaksanakan program 1000 HPK diantaranya menurunkan dan mencegah agar balita tidak mengalami *stunting* sedini mungkin di wilayah kerjanya. Menurut pendapat Kusumawati (2015) yang menemukan faktor risiko *stunting* adalah pelayanan kesehatan, imunisasi, pengetahuan ibu, pendapatan keluarga, ketersediaan makanan keluarga, dan sanitasi lingkungan. Model pengendalian *stunting* melalui peningkatan pemberdayaan keluarga terkait pencegahan penyakit infeksi, memanfaatkan pekarangan sebagai sumber gizi keluarga dan perbaikan sanitasi lingkungan. Ada dua variabel yang sama dengan penelitian ini yaitu pengetahuan ibu dan pendapatan keluarga, namun berbeda dalam model pengendalian *stunting*. Penelitian Kusumawati menawarkan model pemberdayaan keluarga sedangkan penelitian ini menawarkan model pemberdayaan kader.

## **BAB VII**

# **FAKTOR DOMINAN MEMENGARUHI IBU BERISIKO MELAHIRKAN BALITA *STUNTING***

Analisis multivariat menemukan faktor yang paling dominan memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting* yaitu dukungan keluarga. Sependapat dengan penelitian Uliyanti (2017) menjelaskan bahwa kejadian *stunting* secara langsung dipengaruhi oleh peran keluarga terutama ibu dalam memberikan asupan gizi, riwayat penyakit infeksi, pengetahuan gizi ibu dan kadarzi. Sediaoetama (2008) menambahkan keluarga mempunyai peran dominan dalam penerapan perilaku gizi keluarga karena keluarga bertanggung jawab penuh dalam penyediaan makanan bagi keluarga dan pola pengasuhan anak.

Dengan ditemukan faktor dominan yang memengaruhi ibu berisiko melahirkan *stunting*, maka diharapkan dalam mensukseskan gerakan 1000 HPK perlu diberdayakan unsur keluarga terutama suami sebagai penanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan atau keperluan keluarga dan pemenuhan kesehatan anggota keluarga lain agar dapat diperdayakan melalui program Suami Siaga (SuSi). Program ini memberikan dukungan, perhatian dan pendampingan penuh kepada ibu sewaktu hamil, melahirkan dan memelihara kesehatan anggota keluarga. Pentingnya di masa depan meningkatkan pengetahuan masyarakat melalui penyuluhan tenaga kesehatan secara berkalatentang gerakan 1000 HPK pada saat ibu melakukan pemeriksaan kesehatan (ANC) yang didamping suami sebagai program Suami Siaga untuk mencegah *stunting* pada balita. Penyuluhan ini juga dapat dilakukan pada kegiatan perkumpulan/organisasi masyarakat. Selanjutnya Puskesmas menindaklanjuti dengan melakukan monitoring dan evaluasi program 1000 HPK secara berkala agar dapat meminimalisasi kejadian *stunting* pada balita.

Saat ini program pemerintah dalam memenuhi kebutuhan gizi masyarakat melalui pendekatan keluarga melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) dengan sasaran meningkatkan status gizi kesehatan dan gizi ibu dan anak, meningkatkan pengendalian penyakit, dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan keluarga melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS). Setiap ibu berisiko melahirkan *stunting* disebabkan pendapatan rendah dapat menjadi peserta PISPK sehingga dapat membantu pemenuhan gizi ibu dan anak serta kesehatan keluarga. Program PISPK dapat bersinergis dengan program lainnya untuk mendukung pencegahan deteksi dini kejadian *stunting* pada balita dan menghindari ibu melahirkan balita *stunting*.

## **BAB VIII**

### **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian, maka peneliti dapat menyimpulkan:

1. Faktor-faktor yang memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting* terdiri dari faktor yang berasal dari internal ibu atau disebut dengan faktor predisposisi terdiri atas pengetahuan, sikap dan tindakan ibu; faktor yang berasal dari eksternal ibu yang disebut dengan faktor pendorong berupa pendapatan keluarga dan dukungan keluarga; dan faktor penguat yaitu dukungan kader posyandu.
2. Setelah dilakukan analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda, faktor paling dominan memengaruhi ibu berisiko melahirkan balita *stunting* adalah dukungan keluarga. Wujud dukungan dimaksud seperti suami atau keluarga mendampingi ibu memeriksakan kehamilannya, suami atau keluarga mengingatkan ibu untuk memeriksakan kehamilan, suami atau keluarga mengingatkan ibu mengosumsi tablet Fe setiap hari dan suami atau keluarga membantu ibu memenuhi kebutuhan gizi seimbang selama kehamilan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achadi E.L. (2014). *Gizi Ibu dan Kesehatan Reproduksi dalam Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rajawali Press.
- Adistie F., Maryam N.N.A., dan Lumbantobing V.B.M. (2018). *Pengetahuan Kader Kesehatan tentang Deteksi Dini Gizi Buruk pada Balita*. *Jurnal Aplikasi Ipteks untuk Masyarakat*. 6 (3): 173-177.
- Ahmad. (2000). *Penentuan Masalah Gizi Kurang Gizi*. In *Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VI*. Jakarta: Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia.
- Anugraheni H.S., dan Kartasurya I. (2012) Faktor Risiko Kejadian *Stunting* Pada Anak Usia 12-36 Bulan di Kecamatan Pati Kabupaten Pati. *Journal Of Nutrition College*, 1(1):30-37.
- Aridiyah F.O., Rohmawati N., Ririanty M. (2015). *Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita*. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 3 (1): 163-170.
- Arisman M.B. (2009). *Buku Ajar Ilmu Gizi: Obesitas, Diabetes Mellitus & Dislipidemia: Konsep, Teori dan Penanganan Aplikatif*. Jakarta: EGC.
- Aritonang I. (2010). *Penyelenggaraan Makanan: Manajemen Sistem Pelayanan Gizi Swakelola & Jasaboga di Instalasi Gizi Rumah Sakit*. Yogyakarta: Leutika dengan CEBios dan Gizi Poltekes.
- Azwar A. (2004). *Kecenderungan Masalah Gizi dan Tantangan di Masa Datang*, Makalah dalam Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju Keluarga Sadar Gizi. Jakarta.
- BAPPENAS RI. (2013). *Pedoman Perencanaan Program Gerakan Sadar Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan*.

Diakses tanggal 8 Agustus 2017, dari:  
*perpustakaan.bappenas.go.id/*.

- Chomaria N. (2011). *Panduan Terlengkap Perawatan Bayi Baru Lahir*. Surakarta: Ziyad Visi Media.
- Darmadi. (2008). *Infeksi Nosokomial: Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Kota Medan. (2015). *Profil Dinas Kesehatan Kota Medan*. Medan.
- Fikawati S., Syafiq A., Karima K. (2015). *Gizi Ibu dan Bayi*. Depok: PT. Raja Grafindo Persada.
- Fitri. (2012). *Berat Lahir Sebagai Faktor Dominan Terjadinya Stunting pada Balita (12-59 Bulan) di Sumatera (Analisis Data Riskesdas 2010)*. Universitas Indonesia.
- Hariyadi D., dan Ekayanti I. (2011). *Analisis Pengaruh Perilaku Keluarga Sadar Gizi terhadap Stunting di Provinsi Kalimantan Barat*. *Jurnal Teknologi dan Kejuruan*. 34(1): 47-50.
- Hidayati N.L. (2014). *1000 Hari Emas Pertama dari Persiapan Kehamilan Sampai Batita*. Yogyakarta: Ragha Publishing.
- Hoddinott J., Behrman J.R., Maluccio J.A., Melgar P., Quisumbing A., Zea M. R., Stein A.D., Yount K.M., Martorell R. (2013). *Adult Consequences of Growth Failure in Early Childhood*. *Am J Clin Nutr*, 98, 1170–1178.
- Indah F. (2014). *Hubungan Asupan Sugar-Sweetened Beverages dengan Status Gizi pada Anak Usia Prasekolah di Semarang*. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011) *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi. Kementerian Kesehatan RI.

- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). KepmenKes RI Nomor HK 0202 Menkes 52 Tahun 2015. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Situasi Balita Pendek*. Jakarta: Kemenkes RI, Pusat Data Informasi.
- Kementerian Koordinasi Kesejahteraan Rakyat RI. (2013). *Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK)*. Jakarta: Kementerian Perekonomian dan Kesejahteraan Rakyat.
- Kusumawati E., Rahardjo S., Sari H.P. (2015). *Model Pengendalian Faktor Risiko Stunting pada Anak Usia di Bawah Tiga Tahun*. Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, 9 (3): 249-256.
- Mann J., dan Truswell A,S. (2002). *Essentials of Human Nutrition*. New York: Oxfod University Press.
- Mauliantika A.A. (2015). *Pengukuran Tinggi Badan dan Berat Badan Bayi*. Tersedia:<https://anandaayumauliantika.wordpress.com>.
- Millennium Challenge Account-Indonesia (MCA-Indonesia). (2015). *Stunting dan Masa Depan Indonesia*. Tersedia:<http://www.mca-indonesia.go.id>.
- Meilyasari F., Isnawati M. (2014). *Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Balita Usia 12 Bulan di Desa Purwokerto Kecamatan Patebon kabupaten Kendal*. Tesis. Semarang: Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Journal of Nutrition College, 3(2): 16- 25.

- Murti B. (2010). *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: UGM press.
- Nasikhah R., & Margawati A. (2012). *Faktor Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-36 bulan di Kecamatan Semarang Timur*. *Journal of Nutrition College*, 1(1): 715-730.
- Nora P. (2011). *Pengetahuan dan Sikap terhadap Imunisasi Tetanus Toxoid dengan Kelengkapan Imunisasi Ibu Hamil di Kabupaten Indragiri Hulu Riau*. UGM
- Nurlinda A. (2013). *Gizi dalam Siklus Daur Kehidupan Seri Baduta (untuk anak 1-2 tahun)*. Yogyakarta: Andi.
- Nursalam. (2005). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak untuk Perawat dan Bidan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padmadas S.S., Hutter I., Willekens F. (2002). *Weaning Initiation Patterns and Subsequent Linear Growth Progression among Children Aged 2-4 Years in India*. *International Journal of Epidemiology*.
- Paramashanti B.A., Paratmanitya Y., dan Marsiswati. (2017). *Keanekaragaman Makanan Individu Berhubungan Erat dengan Stunting pada Bayi dan Anak*. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 14 (1):19-26.
- Perignon, et al. (2014). *Stunting, Poor Iron Status and Parasite Infection Are Significant Risk Factors for Lower Cognitive Performance in Cambodian School-Aged Children*. *Plos One* 9 (11).
- Proverawati (2012)
- Rasyid H. (2015). *Buku Panduan Pendidikan Keterampilan Klinik I*. Makassar: Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
- Riskesdas tahun 2010
- Satriawan Y. (2015). *Solo Didik Ibu Hamil untuk Tekan Angka Kematian Ibu dan Bayi*. Diakses tanggal 6 September 2017

dari <http://www.voaindonesia.com> diakses pada tanggal 06 April 2015.

Sediaoetama (2008)

Setiawan R.I..B. (2010). *Hubungan Status Gizi dengan Kejadian Pneumonia pada Balita di Wlayah Kerja Puskesmas Palasari Kecamatan Ciater Kabupaten Subang Tahun 2010*. [Skripsi]. Bandung: Poltekes Keperawatan Bandung.

Setiyani L. (2013). *Hubungan Kejadian Anemia pada Ibu Menyusui dengan Status Gizi Bayi Usia 0-6 Bulan*. Skripsi. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Soetjiningsih. (2012). *Perkembangan Anak dan Permasalahannya*. Jakarta: EGC.

Suhardjo. (2014). *Perencanaan Pangan dan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara.

Supariasa, dkk. (2016). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Kedokteran EGC.

SyafiqA., dkk.(2011). *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rajawali Pers.

Taufiqurrahman M.A. (2009). *Pengantar Metodologi Penelitian untuk Ilmu Kesehatan*. Surakarta: Lembaga Pengembangan Pendidikan (LPP) dan UPT Penerbitan dan Percetakan UNS (UNS Press) UNS.

The Lancet. (2013) *Maternal and Child Nutrition: Executive Summary of the Lancet Maternal and Child Nutrition Series*. The Lancet; 1-12.

USAID. (2014). *Multi-sectoral Nutrition Strategy 2014-2025 Technical Guidance Brief: Implementation Guidance for Ending Preventable Maternal and Child Death*. 1-6.

WHO (World Health Organization). (2011). *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

WHO (World Health Organization). (2012). *WHO Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief*.

- WHO (World Health Organization). (2013). *Childhood Stunting: Challenges and opportunities*.
- WHO (World Health Organization). (2017). *WHA global nutrition targets 2025: Stunting policy brief*. [Internet]. [16 Oktober 2017].
- Wong L.D., Eaton H.M., Wilson D., Winkelstein L.M., dan Schwart P. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. EGC.Jakarta.
- Yusnidaryani. (2009). *Pengaruh Pola Asuh terhadap Status Gizi Bayi pada Keluarga Miskin dan Tidak Miskin di Kabupaten Aceh Utara, 2009*. Tesis. Universitas Sumatera Utara. Medan. Diakses tanggal 24 Juli 2017 dari <https://id.123dok.com>.

## DAFTAR INDEKS

- A**
- anthropos*, 12  
*arm span*, 13
- B**
- Backward*, 48  
Bivariat, v, 9, 47, 48
- C**
- case control*, 5, 52  
*child growth standard*, 11  
*colostridium tetani*, 31  
*cross sectional*, 5, 52
- E**
- environmental enteropathy*, 15
- F**
- foot board*, 21, 22  
*Frankfurt Plane*, 13
- H**
- head board*, 21
- I**
- intrauterine growth restriction*, 14
- K**
- knee height*, 13
- M**
- metros*, 12  
*micritoise*, 21  
*mix method*, 5  
multivariat, 9, 48, 51, 58, 60
- O**
- on demand*, 34
- P**
- Predisposisi, iii, iv, v, 8, 37, 39  
*preventive*, 4  
*psycososial care*, 34
- R**
- responsive feeding*, 34  
*rule of thumb*, 6
- S**
- Scaling Up Nutrition (SUN) Movement*, 2  
*scaling-up*, 2  
*severe*, 2, 20  
*severe stunting*, 2  
*skin to skin*, 32  
*stunting moderate*, 20
- U**
- underlying factors*, 19  
univariat, 9, 37, 52

*upper arm length*, 13

**Z**

**W**

Zink, 30

*window of opportunity*, 24