

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KEASLIAN PENELITIAN

No	Judul penelitian	Desain metodologi & hasil penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Frekuensi kunjungan posyandu dan riwayat kenaikan berat badan sebagai factor resiko kejadian stunting	<p>Penelitian observasional ini menggunakan desain case control pada anak 3-5 tahun di desa sidoarum, sleman Yogyakarta.</p> <p>Pengambilan sample dilakukan dengan simple random sampling pada 43 responden pada setiap kelompok.</p> <p>Hasil dari penelitian frekuensi kunjungan posyandu dan riwayat kenaikan berat badan sebagai factor resiko kejadian stunting pada anak 3-5 tahun adalah anak ayang kurang aktif datang ke posyandu beresiko 3,1 kali mengalami stunting dibandingkan anak yang aktif datang ke posyandu.</p>	Sama-sama meneliti frekuensi kunjungan posyandu	<p>Variable yang digunakan pada penelitian ini : frekuensi ANC, factor ekonomi keluarga.</p> <p>Sedangkan pada penelitian Alfian destiadi(2015) lebih menekankan riwayat kenaikan berat badan sebagai resiko stunting pada anak usia 3-5 tahun.</p>
2.	Faktor yang berhubungan dengan kejadian <i>Stunting</i> pada balita	<p>Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain kasus kontrol yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanah Kali Kedinding , Surabaya. Sampel yang diambil sebanyak 34 balita untuk masing-masing kelompok kasus maupun kontrol dengan teknik <i>simple randomsampling</i>.</p>	Sama-sama meneliti tentang kejadian stunting	<p>Variable yang digunakan pada penelitian ini : frekuensi ANC, factor ekonomi keluarga.</p> <p>Sedangkan pada penelitian Khoirun Ni'mah(2015) lebih menekankan ke factor-faktor kejadian stunting.</p>

No	Judul penelitian	Desain metodologi & hasil penelitian	Persamaan	Perbedaan
3.	Hubungan pendapatan keluarga, berat lahir, dan panjang lahir dengan kejadian <i>stunting</i> balita 24-59 bulan di bangkalan	Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancang bangun <i>crosssectional</i> . Populasi sebanyak 73 balita. Besar sampel 62 balita yang dipilih dengan metode <i>simple random sampling</i> . Kriteria sampel yaitu: balita berasal dari keluarga penduduk tetap, tidak mengalami cacat fisik dan gangguan mental	Sama-sama meneliti tentang factor ekonomi	Variable yang digunakan pada penelitian ini : frekuensi ANC, factor ekonomi keluarga. Sedangkan pada penelitian Rizki Kurnia Illahi(2017) variable yang digunakan pendapatan keluarga, berat lahir, dan panjang lahir.
4.	Understanding Child Stunting in India : A Comprehensive Analysis of Socio-Ekonomi, Nutritional and Environmental Determinants Using Additive Quantile Regression. Nora Fenske (2013)	Desain yang digunakan yaitu cross sectional. Hasil penelitian ini yaitu satu dari variabel dalam masing-masing sebelas kelompok penentu secara signifikan terkait dengan tinggi badan untuk usia dalam regresi kuantil 35-skor Z%. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, usia anak dan jenis kelamin, dan faktor protektif kekayaan rumah tangga, pendidikan ibu dan BMI menunjukkan efek terbesar.	Sama-sama meneliti tentang factor ekonomi Sama-sama meneliti tentang stunting dan sosio ekonomi. Desain yang digunakan cross sectional.	Variabel yang akan digunakan dalam penelitian : riwayat ANC, faktor ekonomi sedangkan dalam penelitian ini faktor-faktor penyebab stunting.
5.	Undernutrition Among Infants and Children in Nepal : Maternal Health Services and Their Roles to Prevent it	Metode yang digunakan kualitatif (wawancara) dengan desain cross sectional	Sama-sama meneliti tentang riwayat ANC dan stunting.	Variabel yang akan digunakan dalam penelitian : riwayat ANC, faktor ekonomi sedangkan dalam penelitian ini layanan kesehatan dan peran mereka untuk mencegah stunting.

B. LANDASAN TEORI

1. Pengertian ANC

Menurut WHO (2010), Antenatal Care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Antenatal care juga merupakan cara penting untuk memonitoring dan mendukung kesehatan ibu hamil dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal, ibu hamil sebaiknya dianjurkan mengunjungi bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan dan asuhan antenatal (Prawihardjo, 2006).

Kunjungan antenatal care (ANC) adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan asuhan antenatal. Pelayanan antenatal care yaitu untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai (Yeyeh, 2009).

Kunjungan ibu hamil dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar yang ditetapkan. Istilah kunjungan disini tidak hanya mengandung arti bahwa ibu hamil yang berkunjung ke fasilitas pelayanan, tetapi adalah setiap kontak tenaga kesehatan baik diposyandu, pondok bersalin desa, kunjungan rumah dengan ibu hamil tidak memberikan pelayanan ANC sesuai dengan standar dapat dianggap sebagai kunjungan ibu hamil (Depkes RI, 2008).

a. Tujuan ANC

Menurut Mansjoer (2005), tujuan ANC adalah:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

b. Kebijakan Program

Kebijakan Depertemen Kesehatan dalam upaya mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategis “Empat Pilar Safe Motherhood” yaitu meliputi : Keluarga Berencana, Antenatal Care, Persalinan Bersih dan Aman, dan Pelayanan Obstetri Essensial.

Pendekatan pelayanan opstetrik dan neonatal kepada setiap ibu hamil ini sesuai dengan pendekatan Making Prenancy Safer (MPS), yang mempunyai 3 (tiga) pesan kunci yaitu :

- 1) Setiap persalian ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
- 2) Setiap komplikasi opstetrik dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat.
- 3) Setiap perempuan dalam usia subur mempunyai akses pencengahan dan penatalaksanaan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Kebijakan program pelayanan antenatal care menetapkan frekuensi kunjungan antenatal care sebaiknya minimal 4 (empat) kali selama kehamilan, dengan ketentuan sebagai berikut : (Depkes, 2009).

- 1) Minimal satu kali pada trisemester pertama (K1) hingga usia kehamilan 14 minggu, tujuannya:
 - a) Penapisan dan pengobatan anemia
 - b) Perencanaan Persalinan
 - c) Pengenalan Komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
- 2) Minimal satu kali pada trisemester kedua (K2) 14 – 28 Minggu, tujuannya:
 - a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
 - b) Penapisan preeklamsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan
 - c) Mengulang perencanaan persalinan

3) Minimal dua kali pada trisemester ketiga (K3 dan K4) 28-36

Minggu dan setelah 36 minggu sampai lahir, tujuannya:

- a) Sama seperti kegiatan kunjungan II dan III
- b) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi
- c) Memantapkan rencana persalinan
- d) Mengenali tanda-tanda persalinan

Pemeriksaan pertama sebaiknya dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid dan pemeriksaan khusus dilakukan jika terdapat keluhan-keluhan tertentu.

c. Kebijakan Teknis

Pelayanan /asuhan antenatal ini hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dan tidak dapat diberikan oleh dukun bayi karena setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat, sehingga diperlukan kebijakan teknis untuk ibu hamil secara keseluruhan yang bertujuan untuk mengurangi risiko dan komplikasi sedini mungkin. Kebijakan teknis itu meliputi komponen-komponen sebagai berikut:

- 1) Mengupayakan kehamilan yang sehat.
- 2) Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan.
- 3) Persiapan persalinan yang bersih dan aman.
- 4) Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi (Saifuddin, dkk, 2006).

d. Standar Pelayanan Antenatal Care

Pelayanan antenatal yang sesuai standar meliputi timbang berat badan, pengukuran tinggi badan, tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas), tinggi fundus uteri, menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan memberikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana kasus, serta temu wicara (konseling) termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta KB pasca persalinan (Depkes RI, 2010).

Pelayanan antenatal care yang diberikan petugas kesehatan yang profesional pada ibu hamil sesuai dengan standar antenatal care yang telah ditetapkan dengan standar minimal “7T”, meliputi:

1) Timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Melakukan penimbangan berat badan ibu hamil secara teratur mempunyai arti klinis penting, karena ada hubungan yang erat antara penambahan berat badan selama kehamilan dengan berat badan lahir anak. Pertambahan berat badan hanya sedikit

menghasilkan rata-rata berat badan lahir anak yang lebih rendah dan resiko yang lebih tinggi untuk terjadinya bayi BBLR dan kematian bayi.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya panggul sempit.

2) Ukuran tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi pada kehamilan jika tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, dan preeklamsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah).

3) Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

4) Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Pemberian imunisasi tetanus toxoid pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali. Imunisasi pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu untuk yang kedua di berikan 4 minggu kemudian.

5) Pemberian Tablet Besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

Memberikan tablet besi agar ibu hamil tidak menderita anemia yang dapat di nilai dari kadar hemoglobin < 11 g/dl.

6) Tes laboratorium (rutin dan khusus) termasuk PMS

Melakukan pemantauan terhadap PMS agar perkembangan janin berjalan normal serta skrining adanya penyakit

7) Temu wicara/konseling

Memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya dalam rangka rujukan maupun konseling mengenai KB pasca persalinan.

Menurut Dewi dan Sunarsih (2011) terdapat enam standar dalam pelayanan asuhan antenatal. Standar tersebut merupakan bagian dari lingkup standar pelayanan kebidanan:

1) Standar 1 Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami, dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini secara teratur.

2) Standar 2 Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis, perkembangan janin, mengenal kehamilan resiko tinggi, imunisasi, nasihat, dan penyuluhan kesehatan.

3) Standar 3 Palpasi Abdominal

Bidan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, memeriksa posisi, bagian terendah janin, dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul untuk mencari kelainan.

4) Standar 4 Pengelolaan Anemia pada Kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, dan/ atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan.

5) Standar 5 Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan, mengenali tanda dan gejala preeklamsia lainnya, mengambil tindakan yang tepat, dan merujuknya.

6) Standar 6 Persiapan Persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami, dan keluarganya pada trimester ketiga untuk memastikan bahwa persiapan persalinan bersih dan aman, serta suasana yang menyenangkan.

e. Kunjungan Pelayanan Antenatal care

Menurut Saifuddin (2006), setiap wanita hamil menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya 4 kali kunjungan selama periode antenatal, yaitu :

- 1) 1 kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum minggu ke 14)
- 2) 1 kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28)
- 3) Dan 2 kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36)

Menurut Depkes RI, (2002) pemeriksaan kehamilan berdasarkan kunjungan antenatal care dibagi atas :

- 1) Kunjungan pertama, kedua dan ketiga meliputi : Identitas/Biodata, Riwayat kehamilan, Riwayat kebidanan, Riwayat kesehatan, Riwayat social ekonomi, Pemeriksaan kehamilan dan Pelayanan kesehatan, Penyuluhan dan konsultasi.
- 2) Kunjungan keempat (K4) meliputi : Anamnesa (keluhan/masalah), pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan, pemeriksaan psikologis, pemeriksaan laboratorium bila ada indikasi/diperlukan, diagnose akhir (kehamilan normal, terdapat penyulit, terjadi komplikasi, atau tergolong kehamilan risiko tinggi/resti), sikap dan rencana tindakan (persiapan persalinan dan rujukan).

Kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dan petugas kesehatan yang memberikan pelayanan antenatal care standar untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Istilah kunjungan tidak mengandung arti bahwa selalu ibu hamil yang datang ke fasilitas pelayanan, tetapi dapat sebaliknya, yaitu ibu hamil yang dikunjungi petugas kesehatan di rumahnya atau di posyandu (Depkes RI, 2007). Hasil pencapaian program pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator cakupan K1 dan K4, yaitu :

a. Pemeriksaan kehamilan yang pertama (K1)

K1 adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan pada trimester 1, dimana usia kehamilan 1 sampai 12 minggu

b. Pemeriksaan kehamilan yang keempat (K4)

K4 adalah kontak ibu hamil yang keempat atau lebih dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan pada trimester III, usia kehamilan > 24 minggu.

f. Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Antenatal care

Menurut Lawrance Green dalam Notoatmodjo (2010), sebuah perilaku kesehatan timbul karena dipengaruhi oleh tiga faktor :

1) Faktor Predisposisi (Predisposing Factor), faktor ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan oleh karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam ciri-ciri:

- a) Demografi (umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah anggota keluarga)
- b) Struktur sosial (tingkat pendidikan, jumlah pendapatan pekerjaan, ras, kesukuan, tempat tinggal)
- c) Sikap, keyakinan, persepsi, pandangan individu terhadap pelayanan kesehatan.

- 2) Faktor Pemungkin (Enabling Factors) adalah faktor yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Termasuk di dalam faktor pemungkin adalah keterampilan dan sumber daya pribadi atau komuniti, seperti tersedianya pelayanan kesehatan, keterjangkauan, kebijakan, peraturan perundangan.
- 3) Faktor Penguat (Reinforcing Factor) adalah konsekuensi dari perilaku yang ditentukan apakah pelaku menerima unpan balik yang positif atau negatif dan mendapatkan dukungan sosial setelah perilaku dilakukan. Faktor penguat mencakup dukungan sosial dari tenaga kesehatan.

g. Faktor Predisposisi

a. Umur

Umur adalah waktu hidup individu mulai lahir dalam satuan tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan seseorang akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya, jika kematangan usia seseorang cukup tinggi maka pola berfikir seseorang akan lebih dewasa. Ibu yang mempunyai usia produktif akan lebih berpikir secara rasional dan matang tentang pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan (Depkes RI, 2008). Hal ini juga sesuai dengan pernyataan Verner dan Davison di dalam Notoatmodjo (2010) bahwa dengan bertambah usia maka akan mengurangi kemampuan untuk melihat, mendengar yang akan mempengaruhi dirinya dalam mendapatkan pengetahuan.

Umur sangat berguna untuk menentukan suatu kesehatan ibu, ibu dikatakan beresiko tinggi apabila hamil di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun. Menurut Winkjosastro (2005), kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun.

b. Pendidikan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk memengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan didalam bidang kesehatan (Notoatmojo, 2010).

Pendidikan merupakan salah satu unsur penting yang dapat memengaruhi keadaan keluarga karena dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diharapkan pengetahuan atau informasi tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan akan lebih baik. Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku seseorang sebagai hasil jangka menengah dari pendidikan yang diperoleh. Perilaku kesehatan akan berpengaruh pada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai hasil dari pendidikan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian Widyastuti (2009) mengatakan bahwa ada hubungan pendidikan dengan pemeriksaan kehamilan, hal ini disebabkan ibu akan membuat keputusan menyangkut masalah kesehatan mereka sendiri, semakin tinggi pendidikan seorang wanita, maka semakin mampu mandiri dalam mengambil keputusan menyangkut diri mereka sendiri termasuk dalam melakukan perawatan kehamilan dan pemeriksaan kehamilan. Menurut Murniati (2007) bahwa ibu dengan pendidikan tinggi (SMA, perguruan tinggi) lebih cenderung akan memanfaatkan pelayanan antenatal care dibandingkan ibu dengan pendidikan SMP dan SD.

c. Paritas

Menurut Winkjosastro (2005) paritas adalah jumlah janin yang dilahirkan ibu dengan berat 500 gram atau lebih, yang dilahirkan hidup atau mati. Paritas 1 dan paritas lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetri lebih baik, sedangkan paritas lebih dari 3 dapat dikurangi atau dicegah keluarga berencana. Paritas sangat memengaruhi kunjungan antenatal.

Ibu yang baru pertama kali hamil merupakan hal yang sangat baru sehingga termotivasi dalam memeriksakan kehamilannya ketenaga kesehatan. Sebaliknya ibu yang sudah

pernah melahirkan lebih dari satu orang mempunyai anggapan bahwa ia sudah berpengalaman sehingga tidak termotivasi untuk memeriksakan kehamilannya (Wiknjosastro, 2005).

Menurut Sastrawinata (1993) yang dikutip Widawati (2008) paritas dapat dikelompokkan menjadi 3 yaitu :

- a) Primipara adalah wanita yang telah melahirkan 1 kali, seorang anak cukup besar untuk hidup didunia luar.
- b) Multipara adalah wanita yang telah melahirkan 2 kali – 4 kali, lebih dari seorang anak yang cukup besar untuk hidup di dunia luar.
- c) Grande multipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 kali atau lebih, lebih dari 5 orang anak yang cukup besar untuk hidup di dunia luar.

Menurut Swenson *et al.*,(2006) dalam Manurung (2015), wanita dengan paritas tinggi cenderung kurang melakukan perawatan kehamilan, ibu paritas tinggi lebih percaya diri tentang kehamilannya dan merasa kurang perlu untuk melakukan perawatan kehamilan dan merupakan penghalang untuk menggunakan pelayanan ANC (Overbosch et al, 2004). Berdasarkan hasil penelitian Widyastuti, dkk (2009) mengatakan bahwa ada hubungan paritas dengan pemeriksaan kehamilan. Menurut penelitian Fithriany (2011) paritas sangat berpengaruh terhadap pemeriksaan kehamilan.

d. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni: indera pengelihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007).

e. Sikap

Tingkah laku seseorang sangat dipengaruhi oleh sikap (attitude) yaitu suatu tingkat efek (perasaan) baik yang positif (menguntungkan) maupun negatif (merugikan). Sikap belum tentu merupakan tindakan atau aktivitas, tetapi merupakan “predisposisi” tindakan atau perilaku (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Prawirohardjo (2005) sikap merupakan potensi tingkah laku seseorang terhadap sesuatu keinginan yang dilakukan. Maka dapat dikatakan seorang ibu hamil yang bersikap positif terhadap perawatan kehamilan (ANC) cenderung akan mempunyai motivasi tinggi untuk melakukan ANC. Hal ini dikarenakan informasi, pengetahuan dan pemahaman ibu hamil yang baik mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan (ANC) selama kehamilan dapat mencegah bahaya dan risiko yang mungkin terjadi selama hamil.

f. Pendapatan

Pendapatan yaitu seluruh penerimaan baik berupa uang maupun barang baik dari pihak lain maupun dari hasil sendiri. Jadi yang dimaksud pendapatan adalah suatu tingkat penghasilan yang diperoleh dari pekerjaan pokok dan pekerjaan sampingan dari orang tua dan anggota keluarga lainnya. Pendapatan juga mempunyai kontribusi besar dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Bagi ibu-ibu yang mempunyai biaya akan lebih leluasa untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, sebaliknya ibu-ibu yang kurang mempunyai biaya akan kurang leluasa untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan (Ulina, 2004).

2. Ekonomi

a. Status Ekonomi Keluarga

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan tiap bulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok (Putra, 2016). Status ekonomi merupakan pembentuk gaya hidup keluarga. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak. Karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak, baik primer maupun sekunder (Putra, 2016).

Kemiskinan sebagai penyebab gizi kurang menduduki posisi pertama pada kondisi umum. Hal ini harus mendapat perhatian serius karena keadaan ekonomi relatif mudah diukur dan berpengaruh besar pada konsumsi pangan. Menurut Achadi, 2016 prevalensi stunting

tertinggi pada kelompok miskin, pada kelompok kaya juga tinggi, dengan perbandingan 1: 5. Golongan miskin menggunakan sebagian besar dari pendapatan untuk memenuhi kebutuhan makanan (Oktarina, 2012). Hal ini sesuai dengan penelitian di Semarang bahwa status ekonomi keluarga yang rendah merupakan factor risiko yang bermakna terhadap kejadian stunting pada balita 2-3 tahun. Anak dengan status ekonomi keluarga yang rendah lebih berisiko 4,13 kali mengalami stunting (Kusuma, 2013).

b. Aspek-Aspek Dalam Ekonomi Keluarga

Di atas penulis telah menyinggung tentang kondisi ekonomi keluarga yang berbeda-beda di dalam bermasyarakat terdapat beberapa lapisan ekonomi yang berbeda yaitu ekonomi mampu, ekonomi sedang dan ekonomi keluarga tidak mampu.

1) Ekonomi Keluarga Mampu

Suatu kenyataan yang tidak bisa di sangkal lagi bahwa ekonomi merupakan factor yang menentukan perilaku seseorang di dalam masyarakat dan juga lingkungannya. Di dalam masyarakat terdapat kelas-kelas ekonomi yang dapat dikatakan ekonomi keluarga mampu di bandingkan dengan ekonomi keluarga yang lainnya. Di dalam kehidupan sehari-hari ekonomi keluarga mampu berbeda dengan ekonominya dengan ekonomi keluarga di bawahnya. Perbedaan-perbedaan inilah yang menyebabkan perbedaan antara kelas ekonomi keluarga mampu dan ekonomi keluarga lemah. Akhirnya menyebabkan perbedaan antara keluarga mampu dan keluarga kurang mampu berdasarkan tingkat

ekonomi keluarganya. Salah satu fungsi keluarga adalah fungsi ekonomi, yaitu suatu keadaan bahwa keluarga merupakan suatu sosial yang mandiri, yang di situ anggota keluarganya mengkonsumsi barang-barang yang diproduksinya. Dalam konteks ini keluarga membutuhkan dukungan dana atau keuangan yang mencukupi kebutuhan produksi keluarga. Ini dikarenakan keluarga juga berfungsi sebagai pendidikan bagi seluruh keluarganya, memberikan pendidikan kepada anak-anak dan remaja yang lebih pada masyarakat itu lebih memudahkan keluarga yang mempunyai ekonomi keluarga mampu di bandingkan dengan status ekonomi yang berada di bawahnya. Selain itu mereka mempunyai banyak kemudahan-kemudahan akibat dari dukungan perekonomian yang mapan di dalam mencukupi kebutuannya dan juga di dalam mendidik anak-anaknya.

2) Status Ekonomi Keluarga Sedang

Status yang baik terdapat di lingkungan masyarakat adalah status golongan sedang. Status golongan ini dapat hidup di tengah-tengah masyarakat yang bermacam-macam, didalam golongan ini seseorang tidak berlebihan di dalam membelanjakan hartanya juga tidak kekurangan di dalam mencukupi kebutuhan keluarganya.

Status mereka dapat berkomunikasi baik dengan status di atasnya juga dapat berkomunikasi baik dengan status di bawahnya. Di dalam tingkatan ini jarang di temui masalah yang menonjol di dalam berkomunikasi dengan status yang lainnya. Sebagaimana di

kemukakan W.A. Gerungan Tingkah aku yang tidak wajar paling sedikit dialami oleh anak-anak yang berlatar belakang sosial ekonomi menengah. Ini menunjukkan kelas ekonomi sedang dapat berkomunikasi dengan baik dengan status ekonomi yang lain hal ini menyebabkan kelas ini tidak ada permasalahan yang mendasar didalam psikologis anak di dalam bergaul.

Ukuran status keluarga sedang tidak terlalu menonjol di bandingkan status-status yang ada di atasnya di sebabkan status ini terlalu banyak di dalam lingkungan masyarakat. Status ini dapat di tentukan oleh lingkungan yang bersangkutan. Pada dasarnya status keluarga ini dapat memenuhi kebutuannya seperti kebanyakan keluarga lainnya, hanya saja yang membedakanya adalah tingkatan fasilitas yang di gunakan berbeda dengan fasilitas ekonomi di atasnya. Tapi mereka di tinjau dari sudut kelayakan mereka masih layak untuk hidup dengan orang-orang pada umumnya.

3) Ekonomi Keluarga Tidak Mampu

Status keluarga yang ketiga adalah status ekonomi keluarga lemah, status ini dapat dikatakan status ekonomi keluarga tidak mampu (miskin) biasanya status ini kebanyakan berasal dari pedesaan dan juga daerah pemukiman masyarakat yang tertinggal. Akibat dari kemiskinan sangatlah berdampak pada kehidupan manusia, terutama pada pendidikan dan juga kebutuhan mencukupi kebutuhan hidupnya. Kemiskinan sangatlah banyak menyebabkan anak-anak bekerja membantu keluarganya di dalam mencukupi

kebutuhannya, padahal mereka masih diwajibkan di dalam mencari pendidikan. Akibat dari kemiskinan banyak anak-anak putus sekolah. Sangatlah buruk bagi perkembangan masyarakat, keterbelakangan akibat masyarakat tidak dapat memperoleh pendidikan merupakan efek dari kemiskinan. Akar kemiskinan di Indonesia tidak hanya harus di cari dalam budanya malas bekerja. Sementara itu keterbatasan wawasan, kurangnya keterampilan dan kurangnya kesehatan dan etos kerja yang buruk, semuanya merupakan faktor internal. Dan faktor external yaitu kesehatan yang buruk, rendahnya gizi masyarakat mengakibatkan rendahnya pendapatan dan terbatasnya sumber daya alam.

Perkembangan ekonomi Indonesia di nilai semakin membaik. Hal ini dibuktikan dengan kenaikan pendapatan perkapita yang semakin meningkat. Tetapi kenaikan pendapatan perkapita ini belum merata di seluruh daerah Indonesia, sehingga di beberapa wilayah Indonesia kemiskinan masih menjadi masalah utama. Kemiskinan di Indonesia berkaitan dengan gizi buruk anak balita. Gizi buruk menyebabkan terhambatnya pertumbuhan pada anak-anak. Salah satu masalah pertumbuhan pada balita adalah terhambatnya pertumbuhan tinggi badan anak sehingga anak tumbuh tinggi tidak sesuai dengan umurnya yang disebut dengan balita pendek atau stunting (UNICEF,2012:7).

3. Stunting

a. Pengertian

Stunting merupakan suatu keadaan dimana 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).

Stunting/pendek merupakan kondisi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi dalam jangka waktu yang lama. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/ MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada Indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan istilah stunted (pendek) dan severely stunted (sangat pendek). Balita pendek adalah balita dengan status gizi berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umur bila dibandingkan dengan standar baku WHO, nilai Z-scorenya kurang dari $-2SD$ dan dikategorikan sangat pendek jika nilai Z-scorenya kurang dari $-3SD$ (Kemenkes, RI 2016).

Balita pendek (stunting) dapat diketahui bila seorang balita sudah diukur panjang dan tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar dan hasilnya berada di bawah normal. Secara fisik balita akan lebih pendek dibandingkan balita seumurnya (Kemenkes, RI 2016).

Kependekan mengacu pada anak yang memiliki indeks TB/U rendah. Pendek dapat mencerminkan baik variasi normal dalam pertumbuhan ataupun defisit dalam pertumbuhan.

b. Faktor – Faktor Penyebab *Stunting*

WHO (2013) membagi penyebab terjadinya stunting pada anak menjadi 4 kategori besar yaitu faktor keluarga dan rumah tangga, makanan tambahan dan komplementer yang tidak adekuat, menyusui dan infeksi.

1) Faktor keluarga dan rumah tangga

Faktor keluarga dan rumah tangga dibagi lagi menjadi faktor maternal dan faktor lingkungan rumah. 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 Retardation (IUGR) dan kelahiran preterm, jarak kelahiran yang pendek dan hipertensi. Faktor lingkungan rumah berupa stimulasi dan aktivitas anak yang tidak adekuat, perawatan yang kurang, sanitasi dan pasokan air yang tidak adekuat, akses dan ketersediaan pangan yang kurang, alokasi dalam rumah tangga yang tidak sesuai dan edukasi pengasuh yang rendah. Faktor-faktor tersebut antara lain:

a) Wanita Usia Subur dengan LILA <23,5 cm

Asupan energi dan protein yang tidak mencukupi pada ibu hamil dapat menyebabkan Kurang Energi Kronis (KEK).

Wanita hamil berisiko mengalami KEK jika memiliki Lingkar Lengan Atas (LILA) $<23,5\text{cm}$. Ibu hamil KEK berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR) yang jika tidak tertangani dengan baik akan berisiko mengalami stunting (Kemenkes, RI 2016).

b) Kecukupan Energi Ibu Hamil

Kecukupan energi ibu hamil di Indonesia berdasarkan Angka Kecukupan Energi (AKE) hasil Studi Diet Total (SDT) tahun 2014 adalah lebih dari 50% ibu hamil baik di perkotaan maupun di pedesaan, asupan energinya $\leq 70\%$ AKE (sangat kurang) (Kemenkes RI, 2016).

c) Anemia pada Ibu Hamil

Kondisi yang banyak terjadi pada ibu hamil adalah anemia, terutama anemia defisiensi besi. Hal ini dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin/bayi saat kehamilan maupun setelah dilahirkan. Diperkirakan 41,8% ibu hamil di seluruh dunia mengalami anemia. Paling tidak setengahnya disebabkan kekurangan zat besi. Ibu hamil dinyatakan anemia jika hemoglobin kurang dari 11 mg/dl (Kemenkes RI, 2015). Riskesdas (2013) mendapatkan anemia terjadi pada 37,1% ibu hamil di Indonesia, 36,4% ibu hamil di perkotaan dan 37,8% ibu hamil di pedesaan (Kemenkes RI, 2016)

d) Tinggi Badan Ibu

Status gizi orang tua, khususnya status gizi ibu sangat berkaitan dengan kejadian stunting pada balita. Terlihat dari ibu yang pendek sekalipun ayah normal, prevalensi balita stunting pasti tinggi, tetapi sekalipun ayah pendek ibu normal, prevalensi balita stunting masih lebih rendah dibanding ibunya yang pendek. Jadi status gizi ibu hamil menentukan status gizi bayi yang akan dilahirkan (Oktarina,2012).

Tinggi badan ibu merupakan indikator yang berfungsi untuk memprediksi anak terkena gizi buruk. Postur tubuh ibu juga mencerminkan tinggi badan ibu dan lingkungan awal yang akan memberikan kontribusi terhadap tinggi badan anaknya. Namun demikian masih banyak faktor lingkungan yang mempengaruhi tinggi badan anak. Hasil penelitian menunjukkan ibu yang memiliki postur tubuh pendek memiliki hubungan terhadap kejadian *stunting* pada anaknya. Inilah yang disebut siklus gagal tumbuh antar generasi, dimana IUGR, BBLR dan *stunting* terjadi turun temurun dari generasi satu ke generasi selanjutnya.

e) Berat Badan Lahir Rendah

Berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu berat badan bayi lahir kurang dari 2500 gram. Selama masa kehamilan,

pertumbuhan embrio dan janin berlangsung sangat cepat, mulai kurang dari satu miligram menjadi sekitar 3000 gram. Pertumbuhan yang cepat ini sangat penting untuk janin agar dapat bertahan hidup ketika berada di luar rahim. Jadi, kecacatan atau kekurangan yang terjadi pada masa janin merupakan penyebab utama rendahnya kesehatan dan kematian pada bayi (Oktarina, 2012).

BBLR erat kaitannya dengan mortalitas dan mordibitas janin. Keadaan ini dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan kognitif, kerentanan terhadap penyakit kronis di kemudian hari. Pada tingkat populasi, proporsi bayi dengan BBLR adalah gambaran multi masalah kesehatan masyarakat mencakup ibu yang kekurangan gizi jangka panjang, kesehatan yang buruk, perawatan kesehatan dan kehamilan yang buruk. Secara individual, BBLR merupakan prediktor dalam kesehatan dan kelangsungan hidup bayibaru lahir. Hal ini berhubungan dengan risiko tinggi pada kematian bayi dan anak (Putra, 2016).

BBLR akan membawa risiko kematian, gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak, termasuk dapat berisiko menjadi pendek jika tidak tertangani dengan baik (Kemenkes, RI 2016). Bayi dengan berat lahir kurang dari 3000 gram berpeluang 3 kali menjadi stunting dibandingkan dengan bayi berat lahir normal. Berdasarkan penelitian di Sulawesi

menunjukkan proporsi stunting pada anak berat lahir kurang dari 3000 gram lebih tinggi dibandingkan proporsi stunting pada anak yang berat lahirnya lebih dari atau sama dengan 3000 gram. Anak dengan berat lahir kurang dari 3000 gram memiliki risiko menjadi stunting 1,3 kali dibandingkan anak dengan berat lahir lebih dari sama dengan 3000 gram (Oktarina, 2012). BBLR juga mempunyai hubungan dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan di Kota Yogyakarta (Nasution, 2014). Menurut Rahayu tahun 2014, faktor risiko yang paling dominan berhubungan dengan anak yang mengalami stunting adalah BBLR. Sementara penelitian di Lampung yang dilakukan oleh Rahmadi tahun 2015, menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian stunting pada anak usia 12 – 59 bulan.

Stunting pada usia dini dapat memprediksikan kinerja kognitif dan risiko terjadinya Penyakit Jantung Koroner pada waktu dewasa (Candrakant, 2008 dalam Achadi, 2012).

Upaya-upaya pencegahan wajib dilakukan untuk menurunkan kejadian BBLR di masyarakat dapat dilakukan antara lain :

- (1) Meningkatkan pemeriksaan kehamilan secara berkala minimal empat kali selama periode kehamilan yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester III.

(2) Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi diet seimbang dan rendah lemak, kalori cukup, vitamin dan mineral termasuk 400 mikrogram vitamin B dan asam folat tiap hari. Pengontrolan berat badan selama kehamilan dari penambahan berat badan awal dikisaran 12,5-15kg.

(3) Hindari rokok atau asap rokok dan jenis polusi lain, minuman beralkohol dan aktifitas fisik yang berlebihan/

(4) Penyuluhan kesehatan tentang pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, faktor risiko tinggi dalam kehamilan, dan perawatan diri selama kehamilan (Putra, 2016)

2) Pelayanan Kesehatan Balita

Pelayanan kesehatan yang baik pada balita akan meningkatkan kualitas pertumbuhan dan perkembangan balita, baik pelayanan kesehatan ketika sehat maupun saat kondisi sakit. Dalam program kesehatan anak, pelayanan kesehatan bayi minimal 4 kali, yaitu satu kali pada umur 29 hari -2 bulan, 1 kali pada umur 3-5 bulan, 1 kali pada umur 6-8 bulan dan 1 kali pada umur 9- 11 bulan. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/HB1-3, Polio 1-4 dan Campak), pemantauan pertumbuhan, Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK), pemberian Vitamin A pada bayi umur 6-11 bulan, penyuluhan pemberian ASI eksklusif dan Makanan

Pendamping ASI (MP-ASI). Sedangkan pelayanan kesehatan anak balita adalah pelayanan kesehatan bagi anak umur 12-59 bulan yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun, pemantauan perkembangan minimal 2 kali setahun dan pemberian vitamin A 2 kali setahun (Kemenkes RI, 2016).

3) Status Ekonomi Keluarga

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan tiap bulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok (Putra, 2016). Status ekonomi merupakan pembentuk gaya hidup keluarga. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak. Karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak, baik primer maupun sekunder (Putra, 2016).

Kemiskinan sebagai penyebab gizi kurang menduduki posisi pertama pada kondisi umum. Hal ini harus mendapat perhatian serius karena keadaan ekonomi relatif mudah diukur dan berpengaruh besar pada konsumsi pangan. Menurut Achadi, 2016 prevalensi *stunting* tertinggi pada kelompok miskin, pada kelompok kaya juga tinggi, dengan perbandingan 1: 5. Golongan miskin menggunakan sebagian besar dari pendapatan untuk memenuhi kebutuhan makanan (Oktarina, 2012). Hal ini sesuai dengan penelitian di Semarang bahwa status ekonomi keluarga

yang rendah merupakan factor risiko yang bermakna terhadap kejadian *stunting* pada balita 2-3 tahun. Anak dengan status ekonomi keluarga yang rendah lebih berisiko 4,13 kali mengalami *stunting* (Kusuma, 2013).

4) Jumlah Anggota Rumah Tangga

Jumlah anggota rumah tangga memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian *stunting* pada balita. Anak-anak *stunting* berasal dari keluarga yang jumlah anggota rumah tangganya lebih banyak dibandingkan dengan anak-anak normal. Penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan makanan bagi setiap anggota keluarga yang berasal dari rumah tangga yang memiliki banyak anggota lebih rendah dibandingkan dengan yang memiliki anggota sedikit (Oktarina, 2012).

Penelitian Hidayah (2011) menunjukkan bahwa balita *stunting* cenderung lebih banyak terdapat pada keluarga yang memiliki jumlah anggota rumah tangga > 4 orang dibandingkan dengan keluarga yang memiliki anggota rumah tangga ≤ 4 orang. Hal ini disebabkan keluarga dengan anggota rumah tangga > 4 orang cenderung memiliki biaya pengeluaran perkapita lebih kecil dibandingkan keluarga dengan anggota rumah tangga ≤ 4 orang. Semakin kecil pengeluaran perkapita dapat mengurangi kemampuan dalam penyediaan makanan bagi tiap-tiap anggota keluarga termasuk balita.

5) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah dalam memperoleh pekerjaan, sehingga semakin banyak pula penghasilan yang diperoleh. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru dikenal (Putra, 2016).

Tingkat pendidikan juga menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan tentang gizi dan kesehatan. Pengetahuan mengenai gizi merupakan proses awal dalam perubahan perilaku peningkatan status gizi, sehingga pengetahuan merupakan faktor internal yang mempengaruhi perubahan perilaku. Pengetahuan ibu tentang gizi akan menentukan perilaku ibu dalam menyediakan makanan untuk keluarga. Ibu dengan pengetahuan gizi yang baik dapat menyediakan makanan dengan jenis dan jumlah yang tepat untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anaknya. Pengetahuan ibu tentang gizi merupakan salah satu faktor penyebab stunting pada anak (Aridiyah, 2014). Penelitian Ni'mah (2015) juga menyatakan bahwa pendidikan dan pengetahuan ibu merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting.

6) Kondisi Sanitasi dan Akses Air Minum

Akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi yang buruk dapat meningkatkan kejadian penyakit infeksi yang dapat membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada perlawanan tubuh menghadapi infeksi, zat gizi sulit diserap oleh tubuh dan terhambatnya pertumbuhan.

Berdasarkan konsep dan definisi Millennium Development Goals (MDGs), rumah tangga memiliki akses sanitasi layak apabila fasilitas sanitasi yang digunakan memenuhi syarat kesehatan, antara lain dilengkapi dengan leher angsa, tanki septik (septic tank)/Sistem Pembuangan Air Limbah (SPAL), yang digunakan sendiri atau bersama.

Lingkungan perumahan seperti kondisi tempat tinggal, pasokan air bersih yang kurang, dan sanitasi yang tidak memadai merupakan faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya stunting. Air dan sanitasi memiliki hubungan dengan pertumbuhan anak. Anak-anak yang berasal dari rumah tangga yang tidak memiliki fasilitas air dan sanitasi yang baik berisiko mengalami stunting. Sedangkan anak-anak yang memiliki tinggi badan yang normal pada umumnya berasal dari rumah tangga yang memiliki fasilitas air dan sanitasi yang baik. Anak-anak yang awalnya mengalami stunting, jika mereka berasal dari rumah tangga yang memiliki fasilitas air dan sanitasi yang baik, mereka

memiliki kesempatan sebesar 17 % untuk mencapai tinggi badan yang normal bila dibandingkan dengan anak-anak stunting yang berasal dari rumah tangga yang memiliki fasilitas air dan sanitasi yang buruk (Oktarina, 2012).

Faktor penyebab stunting yang kedua adalah makanan komplementer yang tidak adekuat, dan dibagi menjadi tiga, yaitu kualitas makanan yang rendah, cara pemberian yang tidak adekuat dan keamanan makanan dan minuman. 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. 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 dan pemberian makanan yang rendah dalam kuantitas. Keamanan makanan dan minuman dapat berupa makanan dan minuman yang terkontaminasi, kebersihan yang rendah, penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman. Penelitian Meilyasari (2013) menyatakan bahwa pemberian MP-ASI terlalu dini meningkatkan resiko penyakit infeksi seperti diare, karena MP-ASI yang diberikan tidak sebersih dan mudah dicerna seperti ASI. Pemberian MP-ASI yang terlalu dini, terlambatnya memberikan MP-ASI juga

bisa menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan balita menjadi terhambat karena kebutuhan gizi balita tidak tercukupi. Menurut penelitian Aridiyah *et al* (2013) menyatakan praktek pemberian MP-ASI pada anak balita merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting*. *Stunting* juga disebabkan karena ketidakcukupan asupan zat gizi pada balita yang menyebabkan terjadinya gagal tumbuh (Anugraheni, 2012)

c. 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 genggaman 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 terhadap meningkatnya jumlah kehamilan dan anak dikemudian hari, sehingga Hoddinott menyimpulkan bahwa 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. Perignon menemukan bahwa anak yang mengalami stunting moderate dan severe memiliki kecerdasan kognitif yang lebih rendah dibanding dengan anak yang normal. Stunting juga dapat mempengaruhi kadar hemoglobin anak. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mamiro (2005) terhadap anak di Tanzania menunjukkan bahwa anak yang mengalami stunting memiliki kadar hemoglobin darah yang rendah.

d. Metode Pengukuran

Pengukuran antropometri berdasarkan tinggi badan menurut umur berguna untuk mengukur status nutrisi pada populasi, karena pengukuran pertumbuhan tulang ini mencerminkan dampak kumulatif yang mempengaruhi status nutrisi yang menyebabkan terjadinya

stunting dan juga mengacu sebagai malnutrisi kronis (Alderman, 2011). Cara pengukuran antropometri pada anak dengan menggunakan grafik standar panjang / tinggi badan menurut umur menurut WHO pada Training Course on Child Growth Assessment yang diterbitkan pada tahun 2008. Data ini menggunakan *Z-score* sebagai cut-off point untuk menentukan status antropometri anak yang disusun dalam tabel dibawah ini :

Tabel 2.1 Indikator Pertumbuhan WHO

<i>Z - score</i>	Panjang / Tinggi badan menurut umur
> 3	<i>Very tall</i>
>2	Normal
>1	Normal
0 (median)	Normal
<-1	Normal
<-2	<i>Stunted</i>
<-3	<i>Severely Stunted</i>

Sumber : *Training Course on Child Growth Assessment* (WHO, 2008)

e. Epidemiologi

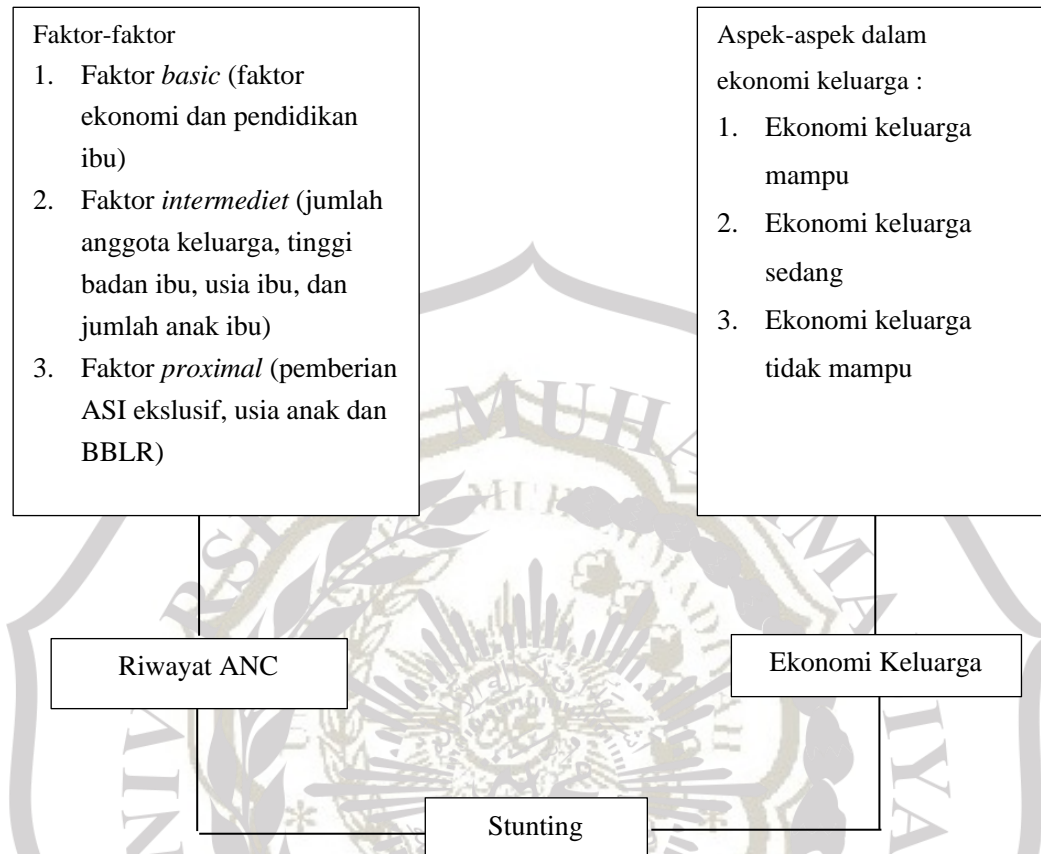
Menurut data Riskesdas (2013) prevalensi pendek secara nasional pada balita adalah 37,2% yang terdiri dari sangat pendek sebesar 18% dan pendek 19,2%. Terdapat 20 provinsi dengan prevalensi diatas nasional (37,2%) dengan yang tertinggi terdapat di Nusa Tenggara Timur, terendah di Jambi, dan Sumatera Utara menempati urutan ke – 8 tertinggi. Prevalensi pendek secara nasional pada anak usia 5 – 12 tahun adalah 30,7% dengan sangat pendek sebesar 12,3% dan pendek sebesar 18,4%. Terdapat 15 provinsi di

Indonesia dengan prevalensi sangat pendek diatas prevalensi nasional (12,3%) dan Sumatera Utara termasuk salah satu dari provinsi tersebut dengan prevalensi pendek dan sangat pendek diatas 37%. Prevalensi nasional pendek pada remaja usia 13 – 15 tahun adalah 35,1% dengan sangat pendek sebesar 13,8% dan pendek sebesar 21,3%. Terdapat 16 provinsi dengan prevalensi sangat pendek diatas prevalensi nasional (13,8%). Sumatera Utara juga termasuk salah satu dari provinsi tersebut dan prevalensi tertinggi terdapat di papua. Prevalensi pendek dan sangat pendek di Sumatera pada usia 13 – 15 tahun adalah diatas 40%. Prevalensi pendek secara nasional di Indonesia pada remaja rentang usia 16 – 18 tahun adalah 31,4% dengan sangat pendek sebesar 7,5% dan pendek sebesar 23,9%. Sebanyak 17 provinsi dengan prevalensi pendek diatas prevalensi nasional (23,9%) dan Sumatera Utara juga termasuk dari salah satu provinsi tersebut.

C. KERANGKA TEORI YANG MENGUATKAN

Penelitian yang dilakukan oleh Alfian (2015) tentang frekuensi kunjungan posyandu dan riwayat kenaikan berat badan sebagai factor resiko kejadian stunting pada anak usia 3-5 tahun. Hasil frekuensi kunjungan posyandu yang rendah merupakan factor yang paling dominan terhadap kejadian stunting pada balita anak 3-5 tahun (OR + 3,1. CI 95%+ 1,268-7,623). Kesimpulan dari penelitian ini adalah anak yang kurang aktif datang ke posyandu beresiko 3,1 kali mengalami stunting dibandingkan anak yang aktif datang ke posyandu.

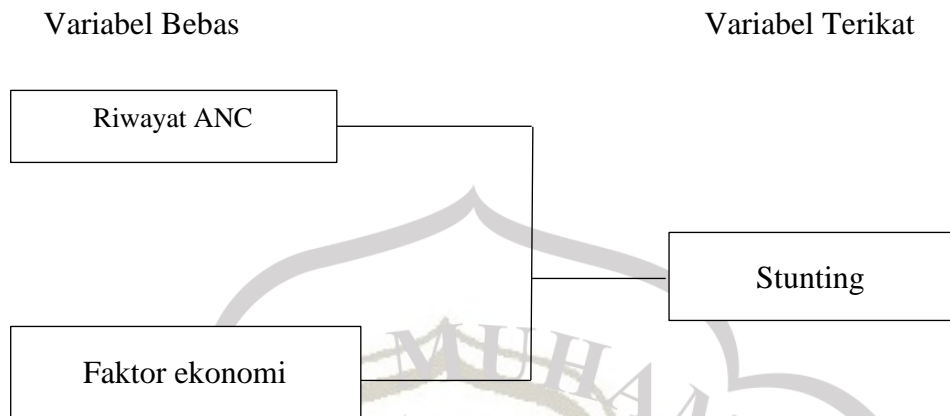
D. KERANGKA TEORI



Kerangka teori hubungan riwayat ANC dan faktor ekonomi terhadap kejadian stunting

Gambar 2.1 Modifikasi putra, 2016 dan Darteh dkk, 2014

E. KERANGKA KONSEP



Kerangka konsep hubungan riwayat ANC dan faktor ekonomi keluarga terhadap kejadian stunting

Gambar 2.2 Modifikasi putra, 2016 dan Darteh dkk, 2014

F. HIPOTESIS

Hipotesis adalah jawaban atau dugaan sementara yang kebenarannya perlu diteliti lebih lanjut (Notoatmodjo, 2012). Hipotesis penelitian ini adalah :

H_a : Tidak ada Hubungan riwayat ANC dan factor ekonomi keluarga terhadap kejadian stunting balita

H_1 : Ada Hubungan riwayat ANC dan factor ekonomi keluarga terhadap kejadian stunting balita