



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Perkembangan dan pertumbuhan periode balita menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan untuk selanjutnya. Masa tumbuh kembang diusia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, karena itu sering disebut *golden age* atau masa keemasan, namun dimasa ini akan rentan mengalami penyakit yang berdampak pada status gizi dimasa selanjutnya. (Soetjiningsih, 2016).

Keadaan gizi yang baik dan sehat pada masa balita merupakan fondasi penting bagi kesehatannya dimasa depan. Kekurangan gizi yang terjadi pada masa tersebut dapat mengakibatkan terganggunya pertumbuhan dan perkembangan. Proses tumbuh kembang yang pesat terutama terjadi pada usia 1-3 tahun. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan linier yang tidak sesuai umur dapat merefleksikan keadaan gizi kurang dalam jangka waktu yang lama (Sutomo, 2015).

Stunting merupakan suatu istilah kegagalan mencapai potensial pertumbuhan linear yang disebabkan kondisi kesehatan yang suboptimal dan kondisi gizi. *Stunting* ditandai dengan tinggi badan menurut umur balita yang

dibawah normal. Balita yang sehat semakin bertambah umur semakin bertambah tinggi badannya (Depkes RI, 2018).

Retardasi pertumbuhan atau *stunting* pada anak-anak di negara berkembang terjadi terutama sebagai akibat dari kekurangan gizi kronis dan penyakit infeksi yang mempengaruhi 30% dari anak-anak usia di bawah lima tahun. Indonesia merupakan salah satu Negara berkembang yang masuk dalam 5 besar negara dengan jumlah kejadian *stunting* pada balita diperkirakan sebanyak 7,8 juta anak.

Dampak dari *stunting* bukan hanya gangguan pertumbuhan fisik anak, tapi mempengaruhi pula pertumbuhan otak balita. Lebih banyak anak ber-IQ rendah di kalangan anak *stunting* dibanding dengan di kalangan anak yang tumbuh dengan baik. *Stunting* berdampak seumur hidup terhadap anak. *Stunting* memunculkan kekhawatiran terhadap perkembangan anak-anak, karena adanya efek jangka panjang. Kesadaran masyarakat akan kasus ini sangat diperlukan.

Adapun faktor penyebab *stunting* terdiri dari faktor basic seperti faktor ekonomi dan pendidikan ibu, kemudian faktor *intermediate* seperti jumlah anggota keluarga, tinggi badan ibu, usia ibu, dan jumlah anak ibu, selanjutnya adalah faktor *proximal* seperti pemberian ASI eksklusif, usia anak dan BBLR (Darteh dkk, 2014).

Upaya peningkatan status gizi masyarakat termasuk penurunan prevalensi balita pendek menjadi salah satu prioritas pembangunan nasional yang tercantum di dalam sasaran pokok Rencana Pembangunan Jangka

Menengah Tahun 2015 – 2019 dengan target penurunan menjadi 28% (Depkes, 2016).

Ketersediaan pangan berhubungan dengan kualitas pangan yang buruk, praktik pemberian makanan kurang tepat dan masalah keamanan pangan. Kualitas pangan yang buruk adalah kurang mengandung zat gizi mikro, makanan yang tidak beragam, dan kurang mengkonsumsi makanan hewani, mengandung zat anti gizi, kandungan energi makanan tambahan berkurang. Praktik yang tidak memadai meliputi kurang sering makan, kurang mengkonsumsi makanan selama dan setelah sembuh dari penyakit dan jumlah makanan yang kurang. Faktor kurangnya pengetahuan ibu selama hamil dan menyusui hingga 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) akan dapat menyebabkan *stunting* pada balita (Lamid, 2015).

Apabila pengetahuan gizi yang dimiliki orang tua baik maka keadaan gizi anak juga baik. Semakin tinggi tingkat pendidikan formal maka semakin luas wawasan berfikirnya, sehingga lebih banyak informasi yang diserap, hal tersebut akan berdampak positif terhadap ragam pangan yang dikonsumsi. Dampak *stunting* berisiko tinggi menurunkan tingkat kecerdasan, produktivitas dan menimbulkan penyakit degeneratif pada usia dewasa. Apabila tidak ada perbaikan di periode usia di bawah 2 tahun, gagal tumbuh berlangsung permanen, tumbuh kembang tidak bisa optimal di generasi selanjutnya. *Stunting* yang terjadi setelah usia 2 tahun sangat sulit untuk diperbaiki (Lamid, 2015).

Selanjutnya bahwa faktor genetik pada ibu yaitu tinggi badan berpengaruh terhadap kejadian stunting pada anak balita, ibu hamil yang bertubuh pendek di bawah rata-rata (*maternal stunting*) akan mengalami perlambatan aliran darah ke janin, serta pertumbuhan rahim dan plasenta.

Stunting juga bisa meningkatkan risiko kematian janin saat melahirkan, karena kesulitan persalinan yang dialami ibu. Pasalnya, ibu dengan tinggi badan di bawah normal cenderung memiliki ukuran panggul yang kecil atau sempit.

Hal inilah yang nantinya akan mempersempit jalan lahir bayi, sehingga menyulitkannya untuk keluar dari rahim ibu. Atau dengan kata lain, ukuran kepala bayi terlalu besar sehingga tidak sepadan dengan ukuran panggul yang dimiliki ibu. Oleh karena proporsi ukuran yang tidak sesuai inilah, ibu dengan tinggi badan pendek biasanya sulit untuk melakukan persalinan normal (melalui vagina), sebab jika dipaksakan, kondisi tersebut justru bisa meningkatkan risiko kematian maternal dan masalah kesehatan pada bayi. Entah itu dalam jangka pendek maupun panjang.

Rendahnya tinggi badan ibu yang telah terjadi sejak kecil juga bisa mengakibatkan hal yang sama pada anak-anaknya kelak. Anak yang lahir dari ibu dengan tinggi badan di bawah rata-rata berisiko mengalami *underweight* atau berat badan rendah, serta tinggi badan yang tidak rendah pula.

Bukan tidak mungkin, kondisi tersebut akan berdampak buruk pada kondisi bayi yang dilahirkan. Bayi yang lahir dari ibu dengan tinggi badan di

bawah rata-rata berisiko mengalami komplikasi medis yang serius, bahkan pertumbuhan yang terhambat (*stunting*).

Upaya masyarakat dalam membantu menurunkan prevalensi *stunting* dapat dengan cara melalui kunjungan anak ke posyandu tepat waktu. Sehingga pertumbuhan anak dapat terpantau dengan baik dan dapat mencegah terjadinya *stunting* pada anak-anak .

Status Ekonomi Keluarga (Pendapatan dan Pengeluaran), pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik yang primer maupun yang sekunder (Soetjiningsih, 2016).

Tingkat pengeluaran untuk makanan merupakan kejadian yang dapat menggambarkan keadaan ekonomi suatu keluarga. Keluarga ekonomi rendah akan cenderung membelanjakan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan dasar yaitu makanan.

Makanan yang lebih banyak dibeli yaitu makanan berpati sedangkan untuk makanan sumber protein adalah terutama protein hewani. Hal ini akan menghubungkan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi anak terutama kebutuhan protein sehingga akan mempengaruhi kesehatan dan status gizi anak. Status gizi anak dan kurangnya asupan protein akan menyebabkan anak menjadi sulit tumbuh dan berkembang (Santi, 2016).

Faktor penyebab *stunting* terdiri dari faktor *basic* seperti faktor ekonomi dan pendidikan ibu, kemudian faktor *intermediet* seperti jumlah anggota keluarga, tinggi badan ibu, usia ibu, dan jumlah anak ibu. Perkembangan

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, 2016).

Kejadian *stunting* pada balita merupakan salah satu permasalahan gizi secara *global*. Berdasarkan data *UNICEF* 2017 menunjukkan prevalensi kejadian *stunting* di dunia mencapai 28%, di Afrika bagian timur dan selatan sebesar 40%, dan di Asia Selatan sebesar 38%. Bila dibandingkan dengan batas "*non public health problem*" menurut WHO untuk masalah *stunting* sebesar 20%, maka hampir seluruh negara di dunia mengalami masalah kesehatan masyarakat.

Ada 178 juta anak didunia yang terlalu pendek berdasarkan usia dibandingkan dengan pertumbuhan standar WHO. Prevalensi anak *stunting* di seluruh dunia adalah 28,5% dan di seluruh negara berkembang sebesar 31,2%. Prevalensi anak *stunting* di benua Asia sebesar 30,6% dan di Asia Tenggara sebesar 29,4%. Permasalahan *stunting* di Indonesia menurut laporan yang dikeluarkan oleh UNICEF yaitu diperkirakan sebanyak 7,8 juta anak mengalami *stunting*, sehingga UNICEF memposisikan Indonesia masuk kedalam 5 besar negara dengan jumlah anak yang mengalami kejadian *stunting* tertinggi.

Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa telah terjadi peningkatan prevalensi *stunting* dari 35,6% (18,5% sangat pendek dan 17,1% pendek) pada tahun 2015 menjadi 37,2% (18,0% sangat pendek dan 19,2% pendek) pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Propinsi Riau, terjadi peningkatan *stunting* dari tahun ke tahun. Tahun 2011 yaitu 32.1%, tahun 2015 yaitu 33% dan tahun 2018 menjadi 36.8%. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar terjadinya penurunan *stunting* dari tahun 2015 ke tahun 2018 yaitu 15.37% menjadi 13,38 % (Dinkes Kabupaten Kampar, 2018).

Data Pemantauan Status Gizi (PSG) berdasarkan TB/U Kabupaten Kampar tahun 2018 dapat dilihat pada tabel 1.1 sebagai berikut :

Tabel 1.1 Hasil Rekapitulasi Penimbangan Balita di Puskesmas Se-Kabupaten Kampar Tahun 2018

No	Kecamatan	Jumlah balita	Jumlah balita yang ditimbang	<i>Stunting</i>	Persentase %
1	Bangkinang kota	4089	3519	17	0,48
2	Kampar	2592	1151	338	29,36
3	Tambang	8760	3410	500	14,66
4	XIII Koto Kampar I	898	501	166	33
5	XIII Koto Kampar II	734	584	122	20,8
6	XIII Koto Kampar III	853	672	111	16,5
7	Kuok	2852	1484	5	0,33
8	Siak Hulu I	3562	1875	67	3,57
9	Siak Hulu II	4639	2405	374	15,5
10	Siak Hulu III	1812	1216	55	4,5
11	Kampar kiri	3186	2300	502	21,8
12	Kampar kiri hilir	1333	846	204	24,1
13	Kampar Kiri Hulu I	943	721	271	37,58
14	Kampar Kiri Hulu II	395	161	17	10,5
15	Tapung I	468	280	0	0
16	Tapung II	4066	3537	33	0,93
17	Tapung	3544	2046	507	24,7
18	Tapung Hilir I	3142	1228	234	19,05

19	Tapung Hilir II	3029	1861	353	18,9
20	Tapung Hulu I	5284	1003	195	19,44
21	Tapung Hulu II	1064	1064	200	18,79
22	Salo	2842	1208	54	4,47
23	Rumbio jaya	1798	1034	30	2,9
24	Bangkinang	3548	1943	411	21,15
25	Perhentian raja	1864	738	33	4,47
26	Kampar timur	2592	1279	378	29,55
27	Kampar utara	1939	1544	409	26,48
28	Kampar kiri tengah	3039	1646	13	0,78
29	Gunung Sahilan I	1173	947	136	14,36
30	Gunung Sahilan II	1173	947	136	14,36
31	Koto kampar hulu	1446	1235	72	5,8
Jumlah		78659	44385	5943	13,38

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar Tahun, 2018

Berdasarkan Tabel 1.1 dapat dilihat, dari 31 puskesmas yang ada di Kabupaten Kampar, puskesmas Kampar memiliki *stunting* tertinggi dari 31 Kecamatan yang ada di Kabupaten Kampar yaitu sebesar 338 atau 29,36%.

Tabel 1.2 Jumlah Balita *Stunting* di Puskesmas Kecamatan Kampar Kabupaten Kampar tahun 2019

No	Nama Desa	Jumlah balita ditimbang	Stunting	%
1	Pulau Jambu	80	23	18,4
2	Ranah Singkuang	70	30	21
Jumlah		150	53	39,4

Sumber : Puskesmas Kampar, 2019

Berdasarkan Tabel 1.2 dapat dilihat, jumlah balita *stunting* pada wilayah kerja Puskesmas Kampar pada tingkat desa, jumlah balita *Stunting* yaitu sebanyak 53 orang balita yang terdapat di desa Pulau Jambu yaitu 23 orang balita dan di desa Ranah Singkuang yaitu 30 orang balita.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan di Desa Ranah Singkuang dan Desa Pulau Jambu terhadap 10 orang ibu yang mempunyai balita didapatkan hasil bahwa kurangnya pengetahuan gizi ibu, tinggi badan ibu kurang dari 145 cm, dan rendahnya status ekonomi keluarga.

Dari permasalahan yang telah diuraikan alasan peneliti melakukan penelitian di Desa Ranah Singkuang dan Desa pulau Jambu dikarenakan oleh yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan (keluarga) yang hanya tamatan SMP dan SMA sehingga kurangnya pengetahuan gizi terhadap *stunting*,serta tinggi badan ibu juga berpengaruh kepada kejadian *stunting* pada balita dan faktor ekonomi yang berhubungan dengan pendapatan keluarga yang hanya berprofesi sebagai petani karet sehingga tidak bisa mengkonsumsi asupan gizi yang baik sesuai dengan standart status gizi, asupan gizi yang tidak teratur yang dikarenakan hasil penjualan karet yang rendah, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian kejadian *stunting* pada balita di wilayah kerja puskesmas kecamatan Kampar kabupaten Kampar Tahun 2019

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dirumuskan pada penelitian ini adalah: “Apakah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita di Kecamatan Kampar tahun 2019”?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita di Kecamatan Kampar Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi pengetahuan gizi ibu tentang *stunting* pada balita di Kecamatan Kampar tahun 2019.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi tinggi ibu balita *stunting* di Kecamatan Kampar tahun 2019.
- c. Mengetahui distribusi frekuensi status ekonomi terhadap kejadian *stunting* pada balita di Kecamatan Kampar tahun 2019.
- d. Mengetahui hubungan pengetahuan ibu dengan kejadian *stunting* pada balita di Kecamatan Kampar Kabupaten Kampar tahun 2019.
- e. Mengetahui hubungan tinggi badan ibu dengan kejadian *stunting* pada balita di Kecamatan Kampar tahun 2019.
- f. Mengetahui hubungan status ekonomi dengan kejadian *stunting* di puskesmas wilayah kerja Kecamatan Kampar tahun 2019.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan menambah wawasan keilmuan mengenai hubungan pengetahuan gizi ibu, tinggi badan ibu, dan status ekonomi dengan kejadian *stunting* pada balita. Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya.

2. Aspek Praktis

- a. Bagi Dinas Kesehatan memberikan informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita sehingga dapat melakukan upaya-upaya pencegahan untuk menurunkan prevalensi *stunting* pada balita.
- b. Bagi masyarakat penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi dalam upaya pencegahan *stunting* pada balita.
- c. Bagi penelitian lain ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan bahan pertimbangan bagi penelitian lain ataupun penelitian lanjutan.
- d. Bagi institusi pelayanan kesehatan dapat digunakan sebagai perbaikan gizi untuk menanggulangi kejadian *stunting* pada balita.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Pengertian Balita

Balita adalah anak yang berumur 0-59 bulan, pada masa ini ditandai dengan proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Balita adalah istilah umum bagi anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3-5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting, seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik. Namun kemampuan lain masih terbatas (Sutomo, 2010).

WHO 2012, mengelompokkan usia anak dibawah lima tahun (balita) menjadi tiga golongan, yaitu golongan usia bayi (0 – 1 tahun), usia bawah tiga tahun (batita) (2 – 3 tahun), dan golongan pra-sekolah (4 – 5 tahun).

2. *Stunting* pada Balita

Stunting merupakan bentuk umum dari kekurangan gizi yang dapat mempengaruhi bayi sebelum dan awal setelah lahir yang dapat dikaitkan dengan ukuran ibu, gizi ibu selama kehamilan. *Stunting* juga merupakan cerminan dari gizi kurang yang bersifat kronis atau berlangsung lama selama periode pertumbuhan dan perkembangan pada awal kehidupan yaitu pada usia 0-59 bulan. *Stunting* adalah keadaan tinggi atau panjang badan yang kurang terhadap umur yaitu sebagai indikator malgizi kronis (Sudiman, 2017).

Stunting merupakan salah satu bentuk malnutrisi yang merefleksikan kekurangan gizi yang terjadi secara kumulatif yang berlangsung lama atau dikenal dengan istilah kekurangan gizi kronik (*hidden hunger*). Balita dengan gizi kronis mengalami keterlambatan dalam pertumbuhan linier sehingga tidak tercapai pertumbuhan yang potensial. Balita tersebut tidak mencapai rata-rata median pertumbuhan sesuai umur dan jenis kelamin. *Stunting* bukan mencerminkan sekedar secara fisik pendek saja, tetapi juga terjadi proses pertumbuhan patologis. Hanya ada salah satu cara menentukan balita *stunting* yaitu dengan mengukur ukuran tubuh atau yang disebut dengan pengukuran antropometri (Lamid, 2015).

a. Indikator *Stunting*

1) Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama (Supariasa, 2010). Berikut beberapa kelebihan dan kekurangan dalam menentukan indeks TB/U:

- a) Kelebihan indeks TB/U
 - (1) Baik untuk menilai status gizi dimasa lampau.
 - (2) Ukuran panjang dapat dibuat sendiri, murah dan mudah dibawa.
- b) Kekurangan indeks TB/U
 - (1) Tinggi badan tidak cepat naik, bahkan tidak mungkin turun.
 - (2) Pengukuran relatif sulit dilakukan karena anak harus berdiri tegak sehingga diperlukan dua orang untuk melakukannya.
 - (3) Ketepatan umur sulit didapatkan.

b. Klasifikasi *Stunting*

Klasifikasi *stunting* pada balita yaitu:

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Balita Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) Umur 0 – 60 Bulan

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-skor)
Pendek	<-2 SD
Normal	-2 SD s/d 2.0 SD
Tinggi	>2 SD

Sumber : Direktorat Bina Gizi, 2011

Cara melakukan pengukuran dengan klasifikasi diatas dengan rumus perhitungan Z-score adalah :

$$Z\text{-score} = \frac{\text{Nilai Individual Subjek} - \text{Nilai Median Buku Rujukan}}{\text{Nilai Simpang Baku Buku Rujukan}}$$

Pengukuran *stunting* sangat penting yang merupakan bagian integral dari kesehatan masyarakat. Pengukuran *stunting* dapat dilakukan oleh ahli gizi atau petugas kesehatan dan mahasiswa yang sudah mendapatkan pelatihan antropometri. Pengukuran secara antropometri merupakan pengukuran yang praktis, murah, cepat dan bila dilakukan

sesuai standar prosedur akan menghasilkan pengukuran yang akurat (Gibson, 2015).

Pengukuran *stunting* dibedakan untuk anak dibawah 2 tahun dan diatas 2 tahun. Untuk anak bawah 2 tahun dapat diukur dengan panjang badannya dengan cara anak dibaringkan, untuk anak yang bisa berdiri dapat diukur tinggi badannya . Alat yang digunakan untuk mengukur TB maupun PB sama, yaitu menggunakan *microtoise* atau pita alat ukur. Untuk panjang badan, alat ukur yang ditempatkan pada bantalan dari kayu. Sementara untuk anak yang sudah dapat berdiri maka alat ukur tersebut dapat ditempatkan pada kayu atau dinding dengan posisi anak berdiri. Pengukuran panjang maupun tinggi badan memerlukan kehati-hatian. Hasil pengukuran tidak valid bila anak sering gerak atau membungkuk selama pengukuran tinggi badannya (Gibson, 2015). Berikut beberapa dampak akibat terjadinya *stunting* pada usia anak dan pada usia dewasa:

Tabel 2.2 Dampak Kondisi *Stunting* pada Usia Anak dan pada Usia Dewasa

Anak	Dewasa
Perkembangan terlambat	Obesitas
Penurunan fungsi imun	Toleransi glukosa turun
Gangguan fungsi kognitif	Penyakit jantung coroner
Gangguan oksidatif lemak	Hipertensi, osteoporosis

Sumber : Branca F dan Ferri M (2012)

Stunting berdampak pada lambatnya perkembangan motorik selain itu dampak pada gangguan fungsi kognitif yang terlihat anak pendek mempunyai Intelegent Quotient (IQ) point berkurang sebesar 11 IQ poin dibandingkan dengan anak yang tidak pendek, akibatnya anak tidak mampu belajar secara optimal.

Dampak lain dari *stunting* yaitu berkaitan dengan hipertensi, morbiditas, dan mortalitas. *Stunting* terjadi pada 2 tahun pertama kehidupan berdampak dengan peningkatan tekanan darah pada usia 7 – 8 tahun. Dampak *stunting* berikutnya anak tidak dapat mencapai tinggi badan yang optimal sehingga pencapaian tinggi badan menurut umur tetap pada tinggi badan menurut umur anak. Bukti *stunting* intergenerasi diperoleh dari penelitian ibu hamil yang *stunting* cenderung melahirkan bayi BLR (Lamid, 2015).

3. Status Gizi

1. Metode Pengukuran Status Gizi (TB/U)

a) Antropometri

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Penggunaan antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan energi dan protein. Ketidakseimbangan terlihat dari pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supriasa, 2010). Berikut beberapa kelebihan dan kekurangan dalam menggunakan antropometri:

a) Kelebihan Antropometri

- (1) Prosedurnya sederhana, aman dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar.

- (2) Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli, cukup dilakukan tenaga yang sudah dilatih dalam waktu singkat dapat melakukan pengukuran antropometri.
- (3) Alatnya murah, mudah dibawa dan tahan lama.
- (4) Metode ini tepat dan akurat karena dapat dibakukan.
- (5) Dapat mendeteksi atau menggambarkan riwayat gizi dimasa lampau.
- (6) Umumnya dapat mengidentifikasi status gizi sedang, kurang, gizi buruk karena sudah ada ambang batas.
- (7) Metode antropometri dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu atau dari satu generasi berikutnya.
- (8) Metode antropometri gizi dapat dilakukan untuk penapisan kelompok yang rawan terhadap gizi.

b) Kelemahan Antropometri

- (1) Tidak sensitif.
- (2) Kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi, dan validitas pengukuran antropometri.
- (3) Kesalahan terjadi karena pengukuran, perubahan hasil pengukuran baik fisik maupun komposisi jaringan.
- (4) Sumber kesalahan berhubungan dengan latihan petugas yang tidak cukup, kesalahan alat dan kesulitan pengukuran.

4. Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Balita

a. Pengetahuan Gizi Ibu

1. Pengertian

Pengetahuan dan pendidikan merupakan faktor penentu bagi seseorang atau keluarga dalam memilih makanan yang tepat. Pengetahuan dan pendidikan kurang tentang makanan sehat dan bergizi seimbang membuat masyarakat cenderung memilih makanan sesuai dengan selera, sosial ekonomi, dan tren sosial yang terjadi di masyarakat.

Ibu dengan pendidikan tinggi disertai dengan pengetahuan yang cukup tentang fungsi makanan bagi kesehatan tubuh, akan cenderung selektif dalam mengkonsumsi makanan baik untuk diri sendiri maupun keluarga. Sebaliknya, keluarga miskin dengan pendidikan yang rendah, kurangnya pelayanan kesehatan dan ketersediaan pangan, cenderung memilih makanan apa adanya tanpa memperhatikan aspek kesehatan dan keamanannya (Hardinsyah, 2016). Ada hubungan antara pengetahuan orang tua tentang gizi dengan kejadian *stunting* pada balita (Poemes, Rompas, Ismanto, 2014).

Hidayat (2015) menjelaskan bahwa pengetahuan gizi yang rendah dapat menghambat usaha perbaikan gizi yang baik pada keluarga maupun masyarakat sadar gizi artinya tidak hanya mengetahui gizi tetapi harus mengerti dan mau berbuat.

Menurut Suhardjo (2016) tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang tentang kebutuhan akan zat-zat gizi berpengaruh terhadap jumlah dan jenis bahan makanan yang dikonsumsi. Pengetahuan gizi merupakan salah satu faktor yang dapat berpengaruh terhadap konsumsi pangan dan status gizi. Ibu yang cukup pengetahuannya akan memperhatikan kebutuhan gizi anaknya agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

Pengetahuan ibu tentang gizi sangat penting, hal ini disebabkan untuk menciptakan generasi masa depan yang lebih baik, peran ibu dalam merawat anak menjadi faktor penentu. Kesadaran akan pentingnya pemberian gizi yang baik terkadang belum sepenuhnya dimengerti. Adapun orang tua yang sudah mengetahui tentang gizi tetapi tidak diterapkan dalam kehidupan dan adapula yang tidak mengetahuinya sama sekali. Kebutuhan gizi yang kurang akan menyebabkan kekurangan gizi bahkan dapat menyebabkan kematian apabila dibiarkan secara terus menerus.

Tabel 2.3 Angka Kecukupan Gizi pada Anak Balita

No	Kelompok umur (bulan)	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (kal)	Protein (gr)
1	0-6	6	60	550	12
2	7-12	8.5	71	725	18
3	12-36	12	90	1125	26
4	48-72	17	110	1600	35

Sumber : *Angka Kecukupan Gizi, 2013*

Faktor yang mempengaruhi status gizi diantaranya adalah asupan zat gizi, pola pengasuhan anak, dan pendapatan keluarga, pada salah satu penelitian didapat hasil akhir pengetahuan tentang gizi dalam

kategori kurang sebesar 53,13% sedangkan pengetahuan gizi ibu pada kategori baik sebesar 46,87, hal tersebut menunjukkan banyak ibu yang masih kurang dalam pengetahuan tentang gizi (Nurhikmah 2016).

Menurut Supariasa (2015) status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu, dan dapat diartikan pula sebagai keadaan tubuh berupa hasil akhir dari keseimbangan antara zat gizi yang masuk ke dalam tubuh dan juga perwujudan manfaatnya.

Menurut Supariasa (2015), penilaian status gizi secara langsung yaitu antropometri adalah ukuran tubuh manusia. Ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan antara asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa, 2015).

Bayi kurang gizi tentu menjadi hal yang sangat memprihatinkan karena seharusnya usia bayi merupakan masa yang penting untuk bertumbuh dan berkembang. Bayi kurang gizi akan mengalami hambatan dalam pertumbuhan fisik, otak dan juga psikologisnya

(*stunting*). Oleh sebab itu, mulai kenali dan pelajari ciri-ciri bayi yang kurang gizi.

Motorik Asupan gizi merupakan kebutuhan anak yang berperan dalam proses tumbuh kembang terutama dalam perkembangan otak. Kemampuan anak untuk dapat mengembangkan kemampuan saraf motoriknya adalah melalui pemberian asupan gizi yang seimbang. Pemberian asupan gizi seimbang ini sangat berperan dalam tumbuh kembang anak mulai dari janin dalam kandungan, balita, anak usia sekolah, remaja bahkan sampai dewasa (Zaviera, 2012).

Kualitas menunjukkan jumlah masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh dan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh, dalam hal ini untuk perkembangan motorik, di dalam suatu susunan hidangan dan perbandingan yang satu terhadap yang lain. Dikatakan konsumsi atau asupan gizi adekuat dimana tubuh akan mendapatkan kondisi kesehatan gizi yang baik, baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya. Sebaliknya konsumsi yang kurang baik kualitas dan kuantitasnya akan memberikan kondisi kesehatan gizi kurang atau kondisi defisit (Sediaoetama, 2015).

Kecukupan gizi anak meningkat seiring dengan penambahan usia. Menurut Angka Kecukupan Gizi (2013) kecukupan anak dibedakan menjadi kelompok usia, untuk anak usia 3 tahun kecukupan energinya sebesar 1125 kkal, 26 gram untuk protein, 8 mg untuk kecukupan besi, sedangkan seng 4 mg. Pada usia 4-6 tahun kecukupan energinya

sebesar 1600 kkal, 35 gram untuk protein, 9mg untuk kecukupan besi, sedangkan seng 5 mg.

Namun dalam mengonsumsi makanan tidak hanya jumlah dan kualitas makanan yang harus diperhatikan akan tetapi harus diperhatikan juga cara mengonsumsinya. Selain untuk memenuhi kebutuhan gizi juga untuk menghindari interaksi yang terjadi antara zat gizi yang masuk ke dalam tubuh. Interaksi antar zat gizi bisa berdampak positif dan negatif. Interaksi zat gizi dapat terjadi pada tiga tempat. Pertama, dalam bahan makanan (produk pangan). Kedua, dalam saluran pencernaan dan ketiga, dalam jaringan, sistem transpor dan jalur ekskresi tubuh. Masing-masing interaksi dapat bersifat positif, negatif dan kombinasi antara keduanya (Sulistyoningsih, 2011).

Tabel 2.4 Kebutuhan Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013 rata-rata perhari

Kelompok umur	BB* (Kg)	TB* (cm)	Energi (Kkal)	Protein (g)	Lemak (g)			Karbohidrat (g)	Serat (g)	Air (mL)
					Total	n-6	n-3			
0-6 bulan	6	61	550	12	34	4,4	0,5	58	0	-
7-11 bulan	9	71	725	18	36	4,4	0,5	82	10	800
1-3 tahun	13	91	1125	26	44	7,0	0,7	155	16	1200
4-6 tahun	19	112	1600	35	62	10,0	0,9	220	22	1500
7-9 tahun	27	130	1850	49	72	10,0	0,9	254	26	1900

Sumber : Permenkes RI (2013)

Tabel 2.5 Kebutuhan Mineral Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2012 rata-rata perhari

Mineral	Kelompok Umur				
	0-6 bulan	7-11 bulan	1-3 tahun	4-6 tahun	7-9 tahun
Kalsium (mg)	200	250	650	1000	1000
Fosfor (mg)	100	250	500	500	500
Magnesium (mg)	30	55	60	95	120
Natrium (mg)	120	200	1000	1200	1200
Kalium (mg)	500	700	3000	3800	4500
Mangan (mg)	-	0,6	1,2	1,5	1,7
Tembaga (mg)	200	220	340	440	570
Kromium (mcg)	-	6	11	15	20
Besi (mg)	-	7	8	9	10
Iodium (mg)	90	120	120	120	120
Seng (mg)	-	3	4	5	11
Selenium (mcg)	5	10	17	20	20
Fluor (mcg)	-	0,4	0,5	0,9	1,2

Sumber : Permenkes RI (2013)

Berdasarkan Buku Pedoman Petugas Gizi Puskesmas Depkes RI (2013), klasifikasi tingkat konsumsi zat gizi makro dibagi menjadi empat dengan *cut point* masing-masing sebagai berikut (Supariasa *et al.*, 2012) :

- Lebih : $\geq 120\%$ AKG
- Baik : 100-119% AKG
- Sedang : 80-99% AKG
- Kurang : 70-79% AKG
- Defisit : $< 70\%$ AKG

Sedangkan untuk klasifikasi tingkat konsumsi zat gizi mikro dibagi menjadi dua dengan *cut point* sebagai berikut (Gibson, 2015):

- Kurang : $< 77\%$ AKG
- Cukup : $\geq 77\%$ AKG

Stunting pada masa anak-anak berhubungan dengan perkembangan kognitif, produktifitas yang rendah beresiko pendek pada masa dewasa.

2. Metode pengukuran pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menyatakan isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden (Notoadmodjo, 2010).

3. Klasifikasi pengetahuan

Untuk memudahkan terhadap pemisahan tingkat pengetahuan dalam penelitian, tingkat pengetahuan dibagi berdasarkan skor, sebagai berikut:

Tabel 2.3 Pengetahuan Ibu

No	Kategori pengetahuan Gizi	Skor
1	Baik	65-100%
2	Kurang	< 65%

Sumber : Khomsan, 2012

b. Tinggi Badan Ibu

Hal tersebut biasanya terjadi pada wanita dewasa dengan tinggi badan kurang dari 145 cm karena mengalami *stunting* sejak kecil. Pasalnya, ibu hamil yang bertubuh pendek di bawah rata-rata (*maternal stunting*) akan mengalami perlambatan aliran darah ke janin, serta pertumbuhan rahim dan plasenta.

Bukan tidak mungkin, kondisi tersebut akan berdampak buruk pada kondisi bayi yang dilahirkan. Bayi yang lahir dari ibu dengan tinggi badan di bawah rata-rata berisiko mengalami komplikasi medis yang

serius, bahkan pertumbuhan yang terhambat. Perkembangan saraf dan kemampuan intelektual bayi tersebut bisa terhambat, disertai dengan tinggi badan yang rendah. Selayaknya stunting yang berlangsung sejak kecil, bayi dengan kondisi tersebut juga akan terus mengalami hal yang sama sampai ia beranjak dewasa.

Stunting juga bisa meningkatkan risiko kematian janin saat melahirkan, karena kesulitan persalinan yang dialami ibu. Pasalnya, ibu dengan tinggi badan di bawah normal cenderung memiliki ukuran panggul yang kecil atau sempit. Hal inilah yang nantinya akan mempersempit jalan lahir bayi, sehingga menyulitkannya untuk keluar dari rahim ibu.

Atau dengan kata lain, ukuran kepala bayi terlalu besar sehingga tidak sepadan dengan ukuran panggul yang dimiliki ibu. Oleh karena proporsi ukuran yang tidak sesuai inilah, ibu dengan tinggi badan pendek biasanya sulit untuk melakukan persalinan normal (melalui vagina). Sebab jika dipaksakan, kondisi tersebut justru bisa meningkatkan risiko kematian maternal dan masalah kesehatan pada bayi. Entah itu dalam jangka pendek maupun panjang.

Tinggi badan ibu yang terjadi sejak kecil juga bisa mengakibatkan hal yang sama pada anak-anaknya kelak. Normalnya tinggi badan ibu > 145 cm. Anak yang lahir dari ibu dengan tinggi badan di bawah rata-rata berisiko mengalami *underweight* atau berat badan rendah, serta tinggi badan yang tidak rendah pula (Ismanto, 2014).

c. Status Ekonomi

Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik yang primer maupun yang sekunder (Soetjningsih, 2016).

Menurut Husaini(2016), apabila pendapatan rendah, maka kebutuhan pangan cenderung lebih dominan dibandingkan dengan kebutuhan non pangan. Di negara-negara berkembang golongan miskin menggunakan bagian terbesar dari pendapatan untuk memenuhi kebutuhan makanan, yaitu umumnya dua per tiga dari pendapatannya. Namun sebaliknya, apabila pendapatan semakin baik, maka pengeluaran untuk non pangan akan semakin besar, mengingat semua kebutuhan pokok untuk makan sudah terpenuhi (Suhardjo, 2015).

Menurut suparyanto (2016), Status social ekonomi adalah gambaran tentang keadaan seseorang atau suatu masyarakat yang di tinjau dari segi soaial ekonomi, gambaran itu seperti tingkat pendidikan, pendapatan, dan sebagiannya. Status ekonomi kemungkinan besar merupakan pembentuk gaya hidup keluarga. Pendapatan keluarga memadai akan menunjang tumbuh kembang anak. Karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik primer maupun sekunder.

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyaraka berdasarkan pendapatan per bulan, status ekonomi dapat di lihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga pokok.

Tingkat pengeluaran untuk makanan merupakan kejadian yang dapat menggambarkan keadaan ekonomi suatu keluarga. Keluarga ekonomi rendah akan cenderung membelanjakan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan dasar yaitu makanan. Makanan yang lebih banyak dibeli yaitu makanan berpati sedangkan untuk makanan sumber protein adalah terutama protein hewani. Hal ini akan menghubungkan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi anak terutama kebutuhan protein sehingga akan mempengaruhi kesehatan dan status gizi anak. Status gizi anak dan kurangnya asupan protein akan menyebabkan anak menjadi sulit tumbuh dan berkembang. Keadaan ini diperparah apabila tidak mempunyai alokasi dana sehingga kejadian ini akan memperparah kondisi kesehatan, status gizi dan tumbuh kembang anak (Santi, 2015).

Status ekonomi sangat berkaitan dengan UMR (Upah Minimum Regional) yang merupakan suatu standar minimum yang digunakan oleh para pengusaha atau pelaku industri untuk memberikan upah kepada pegawai, karyawan, atau buruh di dalam lingkungan usaha atau kerjanya. Sebelum UMR dihilangkan, UMR diatur melalui Peraturan Menteri Tenaga Kerja No.05/Men/1989 tanggal 29 Mei 1989 tentang Upah Minimum.

Berdasarkan informasi dari Dinas Perindustrian Dan Tenaga Kerja Kabupaten Kampar bahwa UMK lebih besar dari nilai Kebutuhan Hidup Layak Hidup (KLH) yaitu sebesar Rp. 2.516.638.

d. ASI eksklusif

1. Pengertian

ASI eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI selama 6 bulan tanpa tambahan cairan lain, seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, dan air putih, serta tanpa tambahan makanan padat, seperti pisang, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan nasi tim, kecuali vitamin, mineral, dan obat (Dwi Sunar Prasetyono:2016).

2. Pengelompokan ASI

ASI stadium I

- ASI stadium I adalah kolostrum. Kolostrum merupakan cairan yang pertama disekresi oleh kelenjar payudara dari hari ke 1 sampai hari ke 4. Kolostrum berwarna kuning keemasan disebabkan oleh tingginya komposisi lemak dan sel-sel hidup. Kolostrum merupakan pencakar (pembersih usus bayi) yang membersihkan mekonium sehingga mukosa usus bayi yang baru lahir segera bersih dan siap menerima ASI.

ASI stadium II

- ASI stadium II adalah ASI peralihan. ASI ini diproduksi pada hari ke 4 sampai hari ke 10. Komposisi protein makin rendah, sedangkan lemak dan hidrat arang makin tinggi dan jumlah volume ASI semakin meningkat.

ASI stadium III

- ASI stadium III adalah ASI matur. ASI yang disekresi dari hari ke 10 sampai seterusnya. ASI matur merupakan nutrisi bayi yang terus berubah disesuaikan dengan perkembangan bayi sampai berumur 6 bulan (Purwanti: 2017).

Manfaat ASI Bagi Bayi

- Ketika bayi berusia 6-12 bulan, ASI bertindak sebagai makanan utama bayi, karena mengandung lebih dari 60% kebutuhan bayi. Setelah berumur 1 tahun, meskipun ASI hanya bisa memenuhi 30% dari kebutuhan bayi, pemberian ASI tetap dianjurkan.
- Para dokter menyepakati bahwa pemberian ASI dapat mengurangi resiko infeksi lambung dan usus, sembelit, serta alergi.
- Bayi yang diberi ASI lebih kebal terhadap penyakit ketimbang bayi yang tidak memperoleh ASI.
- ASI selalu siap sedia ketika bayi menginginkannya.
- Apabila bayi sakit, ASI adalah makanan yang terbaik untuk diberikan kepadanya.
- Bayi yang lahir prematur lebih cepat tumbuh jika diberi ASI.
- IQ pada bayi yang memperoleh ASI lebih tinggi 7-9 poin ketimbang bayi yang tidak diberi ASI.

Manfaat ASI Bagi Ibu

- Isapan bayi dapat membuat rahim menciut, mempercepat kondisi ibu untuk kembali ke masa pra kehamilan, serta mengurangi risiko perdarahan.
- Lemak disekitar panggul dan pada yang ditimbun pada masa kehamilan berpindah ke dalam ASI, sehingga ibu lebih cepat langsing kembali.
- Risiko terkena kanker rahim dan kanker payudara lebih rendah.
- Menyusui bayi lebih menghemat waktu.
- ASI lebih praktis.
- ASI lebih murah.
- ASI selalu bebas kuman.
- ASI dalam payudara tidak pernah basi.

Manfaat ASI Bagi Keluarga

- Tidak perlu menghabiskan banyak uang untuk membeli susu formula dan peralatannya.
- Jika bayi sehat, berarti keluarga mengeluarkan lebih sedikit biaya guna perawatan kesehatan dan menghemat waktu keluarga.
- Penjarangan kehamilan lantaran efek kontrasepsi MAL dari ASI eksklusif.
- Menghemat tenaga keluarga karena ASI selalu siap tersedia.
- Keluarga tidak perlu repot membawa botol susu, dan lain sebagainya ketika bepergian.

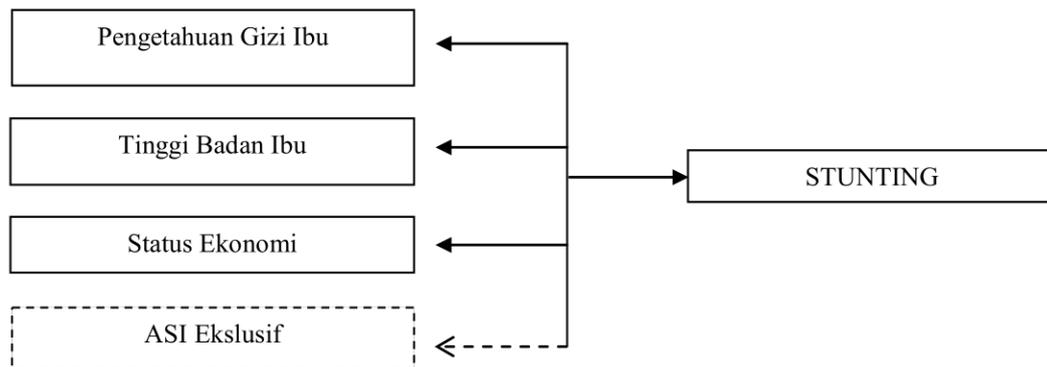
4. Penelitian Terkait

- a. Faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita oleh Ni'mah dan Nadhiroh, 2015. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain kasus kontrol. Sampel yang diambil sebanyak 34 balita untuk masing-masing kelompok kasus maupun kontrol dengan teknik *simple random sampling*. Analisis data menggunakan uji *Chi-Square* dan *Fisher Exact*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa panjang badan lahir yang rendah (OR=4,091; CI=1,162-14,397), balita yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif (OR=4,643; CI=1,328-16,233), pendapatan keluarga yang rendah (OR=3,250; CI=1,150-9,187), pendidikan ibu yang rendah (OR=3,378; CI=1,246-9,157), dan pengetahuan gizi ibu yang kurang (OR=3,877; CI=1,410-10,658) merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita. Terdapat hubungan antara panjang badan lahir balita, riwayat ASI eksklusif, pendapatan keluarga, pendidikan ibu dan pengetahuan gizi ibu terhadap kejadian *stunting* pada balita. Perbedaan penelitian yang akan dilakukan adalah desain *cross sectional study*, besaran sampel Issac Micheal, teknik sampel *purposive sampling* dan teknik *cluster sampling*. Persamaan menggunakan analisis data menggunakan uji *Chi-Square*.
- b. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan di desa Kidang Kecamatan Praya Timur Kabupaten Lombok Tengah oleh Trisnawati, Galeh, Pontang dkk,

2015. Desain penelitian deskriptif korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh balita usia 24-59 bulan di Desa Kidang. Didapatkan 90 sampel dengan pemilihan sampel menggunakan *proportional random sampling*. Pengambilan data menggunakan FFQ semikuantitatif dan wawancara langsung. Analisis data menggunakan uji *Chi Square* (0,05). Dengan hasil asupan energi balita kategori lebih sejumlah 52,2%. Asupan protein balita kategori lebih sejumlah 48,9%. Asupan seng balita kategori lebih sejumlah 45,6%. Balita mengalami diare kategori sering yaitu 43,3%. Berat badan lahir balita yaitu kategori BBLR sejumlah 65,6%. Balita mengalami stunting 51,1% dan tidak stunting 48,9%. Ada hubungan antara asupan energi, protein seng (Zn), frekuensi diare dan BBLR dengan kejadian *stunting* ($p=0,03$; $p=0,026$; $p=0,04$; $p=0,035$; $p=0,22$). Perbedaan penelitian yang akan dilakukan adalah deskriptif korelasi, metode proposional random sampling, pengambilan data dengan FFQ semi kuantitatif, asupan yang di teliti energi, protein dan seng (Zn). Persamaan penelitian dengan peneliti sama menggunakan pendekatan *cross sectional study* dan analisis dan menggunakan *uji chi square*.

B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka yang diuraikan, maka kerangka teori penelitian sebagai berikut :



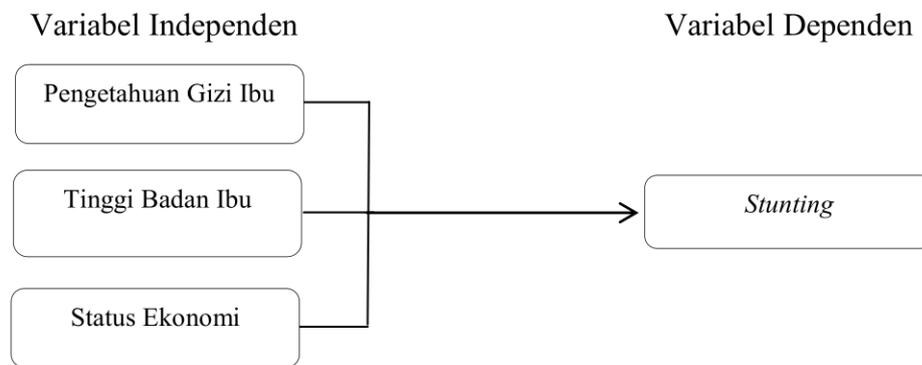
Skema 2.1 Kerangka teori penyebab stunting (sumber: management of severe malnutrition, WHO, 2000, dalam Hardinsyah & Supariasa DN, 2016)

keterangan :

- : variabel yang diteliti
- : variabel yang tidak diteliti
- : variabel yang dianalisis
- : variabel yang tidak dianalisis

C. Kerangka konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka yang diuraikan, maka kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



Skema 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep, maka peneliti membuat hipotesis sebagai berikut:

1. H_a : Terdapat hubungan faktor pengetahuan Gizi Ibu dengan kejadian *stunting* pada balita.
2. H_a : Terdapat hubungan Tinggi Badan Ibu dengan kejadian *stunting* pada balita.
3. H_a : Terdapat hubungan Status Ekonomi dengan kejadian *stunting* pada balita.



BAB III

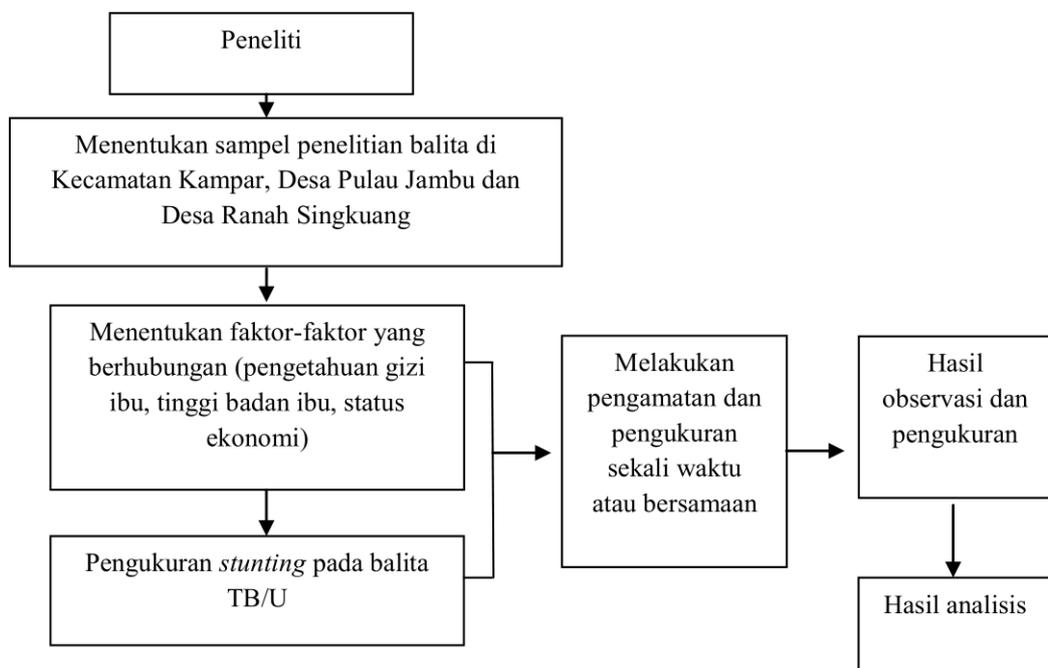
METODELOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *kuantitatif* dengan desain penelitian *cross sectional study*. *Cross sectional study* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Hidayat, 2017).

1. Rancangan Penelitian

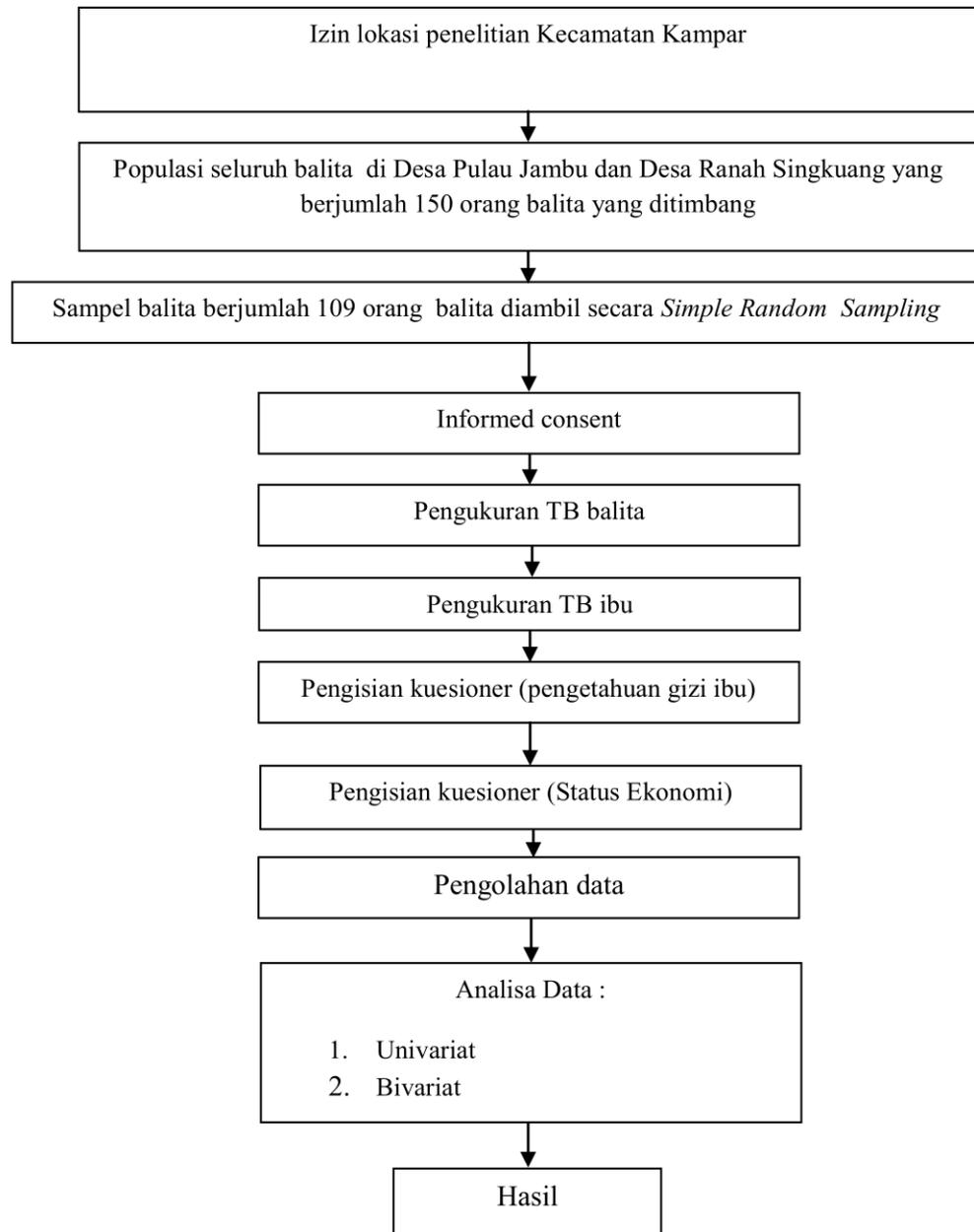
Rancangan penelitian adalah pedoman yang disusun secara sistematis dan logis. Rancangan penelitian dapat dilihat pada skema 3.1 sebagai berikut :



Skema 3.1 Rancangan Penelitian (Hidayat, 2017)

2. Alur Penelitian

Alur penelitian dapat dilihat pada skema 3.2 dibawah ini :



Skema 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan langkah dan prosedur sebagai berikut:

- a. Mengajukan surat pengambilan data ke Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar yaitu data kejadian *stunting* pada balita, sebagai data penunjang.
- b. Mengajukan surat pengambilan data ke Puskesmas Kecamatan Kampar untuk melihat data kejadian *stunting* pada balita di Kecamatan Kampar sebagai data penunjang.
- c. Penelitian dilakukan di Desa Pulau Jambu dan Desa Ranah Singkuang. Pengambilan sampel dilakukan di Posyandu yang telah dipilih mewakili populasi.
- d. Penjelasan informed consent kepada responden.
- e. Penjelasan penelitian dan pengisian kuesioner kepada responden.
- f. Pengambilan data antropometri (pengukuran tinggi badan dan berat badan) pada anak balita yang datang ke Posyandu Desa Pulau Jambu dan Desa Ranah Singkuang. Microtoise ditempelkan didinding tegak lurus dengan ketinggian ± 2 meter. Posisi kepala balita yang diukur melihat lurus kedepan membentuk sudut 90^0 (dagu dan leher) atau posisi kepala frankfurt. Belekang kepala, bahu, pantat dan tumit menempel pada dinding serta tangan atau lengan posisi lurus kebawah. Anak tidak menggunakan penutup kepala dan alas kaki. Kemudian

pengukuran tinggi badan dilakukan pada posisi inspirasi maksimum oleh karena tulang belakang posisi melengkung sehingga lurus.

- g. Ibu balita diwawancara atau diberikan kuesioner pengetahuan gizi ibu.
- h. Melakukan pengukuran tinggi badan ibu
- i. Ibu balita diwawancarai dan diberikan kuisisioner mengenai status ekonomi dan setelah itu kuesioner dikumpulkan untuk dianalisa.

4. Variabel Penelitian

Variabel-variabel yang akan diteliti pada penelitian ini adalah

- a. Variabel independen (variabel bebas) :

Variable bebas yaitu variable yang menjadi sebab timbulnya atau adanya variable terikat (Sugiyono, 2015). Variable bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan gizi ibu, tinggi badan ibu dan status ekonomi.

- b. Variabel Dependen (Variabel terikat)

Variable terikat adalah variable yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variable bebas (Sugiyono, 2015). Variable terikat dalam penelitian ini adalah kejadian *stunting* pada balita.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 11 – 20 Juli di Kecamatan Kampar yaitu di Desa Pulau Jambu dan Desa Ranah Singkuang.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak balita yang ditimbang dan bertempat tinggal di Kecamatan Kampar yaitu di Desa Pulau Jambu dan Desa Ranah Singkuang tahun 2019 yang berjumlah 150 orang balita.

2. Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010).

Adapun kriteria sampel adalah sebagai berikut :

a. Kriteria Sampel

1) Kriteria inklusi

1. Ibu yang memiliki balita di Desa Pulau Jambu dan Desa Ranah Singkuang.
2. Anak balita yang terdaftar di Posyandu.
3. Orang tua yang bersedia menjadi responden.

2) Kriteria eksklusi

1. Ibu balita yang tidak ada di tempat.

D. Besaran Sampel

Menurut Taro Yamane dan Slovin, apabila jumlah populasi (N) diketahui maka teknik pengambilan sampel dapat menggunakan rumus sebagai berikut (Notoatmodjo, 2011 dalam Afriani 2014) :

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

$$n = \frac{150}{1 + 150 (0.05^2)}$$

$$n = \frac{150}{1 + 150 (0.0025)}$$

$$n = \frac{150}{1 + 0,375}$$

$$n = \frac{150}{1,375}$$

$$n = 109$$

Jadi sampel dalam penelitian ini adalah 109 orang.

Dimana :

n =Jumlah Sampel

N = Jumlah Populasi

d^2 = tingkat kepercayaan dan ketepatan yang di inginkan

d = derajat ketepatan yang di inginkan (0,05).

E. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampel dalam penelitian ini menggunakan *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan secara acak (Notoatmodjo, 2014).

F. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti perlu mengajukan permohonan izin kepada Posyandu yang ada di Wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Kampar di Desa Pulau Jambu dan Desa Ranah Singkuang. Setelah didapatkan persetujuan untuk melakukan penelitian maka perlu menekankan masalah etika yang meliputi:

1. Lembaran Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi. Bila responden menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi lembaran tersebut diberikan kode.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan sebagai hasil peneliti.

G. Alat Pengumpulan Data

1. Untuk mengukur TB pada balita maka di gunakan alat ukur *microtois* jika $TB < 2.0 SD$ maka dikatakan *stunting* (Pendek) dan jika $-2.0 s/d 2.0 SD$ maka kategori (Normal)
2. Untuk pertanyaan mengenai pengetahuan status gizi ibu berjumlah 20 pertanyaan dalam bentuk *multiple choise* jika responden menjawab benar maka diberi nilai 1 dan salah diberi nilai 0. Kusioner ini telah dilakukan uji validitas Ernawati.L dengan judul Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pola Pemberian Makanan Balita Pada Keluarga Petani di Dusun Mandungan Srimartani Piyungan Bantul. Dengan hasil nilai corrected item total correlation diatas 0,60. Dan hasil reliabilitasnya 0,975.
3. Untuk mengukur tinggi badan ibu maka digunakan *microtois* (pengukur tinggi badan)
4. Untuk pertanyaan status ekonomi berjumlah 1 pertanyaan jika responden menjawab berpenghasilan tinggi yaitu $Rp \geq 2.516.638$ maka diberi nilai 1 dan jika responden menjawab berpenghasilan $Rp \leq 2.516.638$ maka diberi nilai 0 (UMR Kab.Kampar).

H. Prosedur Pengumpulan Data

1. Mengajukan surat permohonan izin kepada institusi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai untuk mengadakan penelitian di Puskesmas Kecamatan Kampar
2. Setelah mendapat surat izin, penulis memohon izin kepada Kepala Puskesmas Kecamatan Kampar untuk pengambilan data.

3. Peneliti akan memberikan informasi secara lisan dan tulisan tentang manfaat dan etika penelitian serta menjamin kerahasiaan responden.
4. Jika calon responden bersedia menjadi responden, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan menjadi responden yang diberikan penulis.
5. Setelah responden menjawab semua pertanyaan, maka kuesioner dikumpulkan kembali untuk di analisa dan dikelompokkan.

I. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan salah satu kunci untuk pengumpulan data yang baik (Sumantri,2011).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Parameter/Indikator Penilaian
1	Kejadian stunting	salah satu bentuk malnutrisi yang merefleksikan kekurangan gizi yang terjadi secara kumulatif yang berlangsung lama atau dikenal dengan istilah kekurangan gizi kronik	<i>Microtoise</i>	Ordinal	1. Stunting <-2.0 SD 2. Normal -2.0 s/d 2.0 SD (Kemenkes, 2010)

2	Pengetahuan Gizi Ibu	salah satu faktor yang dapat berpengaruh terhadap konsumsi pangan dan status gizi. Ibu yang cukup pengetahuan gizinya akan memperhatikan kebutuhan gizi anaknya agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.	Kuesioner	Ordinal	1=Baik, jika responden menjawab 16-20 pertanyaan dengan benar (76-100%) 2=Kurang, jika responden menjawab < 11 pertanyaan dengan benar (< 56%)
3	Tinggi Badan Ibu	hal tersebut biasanya terjadi pada wanita dewasa dengan tinggi badan kurang dari 145 cm karena mengalami <i>stunting</i> sejak kecil. Pasalnya, ibu hamil yang bertubuh pendek di bawah rata-rata (<i>maternal stunting</i>) akan mengalami perlambatan aliran darah ke janin, serta pertumbuhan rahim dan plasenta.	Microtois	Ordinal	1= Normal, Jika tinggi badan ibu > 145 cm 0= Tidak normal, jika tinggi badan ibu ≤ 145 cm
4	Status Ekonomi	Kemampuan perekonomian suatu keluarga dalam	Kuesioner	Ordinal	1= Keluarga yang status ekonomi tinggi jika penghasilan Rp ≥ 2.516.638

memenuhi
setiap
kebutuhan
hidup seluruh
anggota
keluarga.

0= Keluarga yang
status ekonomi
rendah jika
penghasilan Rp <
2.516.638

J. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data dan analisa data dilakukan dengan beberapa tahapan meliputi *editing*, *coding*, *tabulating* dan *entry* data. *Editing* merupakan pemeriksaan terhadap ketepatan pengisian, kelengkapan pengisian, konsistensi jawaban pada kuesioner yang telah terkumpul. *Coding* merupakan pemberian kode sebelum data dimasukkan ke komputer untuk dilakukan pengolahan lebih lanjut. *Tabulating* merupakan kegiatan memasukkan data-data hasil penelitian kedalam tabel-tabel sesuai kriteria. Selanjutnya dilakukan *entry* data sesuai dengan kode yang telah dibuat kemudian dilakukan *cleaning* data untuk memastikan tidak ada kesalahan dalam memasukkan data. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program komputerisasi.

K. Analisa Data

1. Analisa *Univariat*

Analisa data *univariat* digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang diteliti, baik variabel bebas maupun variabel terikat (Sumantri, 2011). Analisa *univariat* dalam penelitian ini menghasilkan distribusi frekuensi variabel dependent yaitu kejadian *stunting* pada baita

dan variabel independent meliputi pengetahuan gizi ibu,tinggi badan ibu,status ekonomi.

Analisa *univariat* diperoleh dengan menggunakan program komputer serta penyajian analisa univariat menggunakan frekuensi dan persentase dengan rumus sebagai berikut :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase

F = Jumlah skor balita *stanting*

N = Jumlah skor seluruhnya

2. Analisa *Bivariat*

Analisa dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisa ini digunakan untuk menguji hipotesis dengan menentukan hubungan variabel bebas dan variabel terikat melalui uji statistik *Chi-Square* (Sumantri, 2011). Perhitungan uji *Chi-Square* menggunakan rumus berikut :

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_o - f_n)^2}{f_n}$$

Keterangan :

X² = Chi Kuadrat

F_o = Frekuensi yang diobservasi

F_n = Frekuensi yang diharapkan

Analisis bivariat dilakukan dengan pengkajian secara statistik. Hal ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel Independen dan dependen dan tingkat kepercayaan *Confidence Interval* (CI) 95% sebagai berikut :

- a) Bila *p-value* < 0.05 ; maka ditolak dan diterima berarti ada hubungan antara pengetahuan gizi ibu, tinggi badan ibu, status ekonomi dengan kejadian *stunting* pada balita.
- b) Bila *p-value* ≥ 0.05 ; maka gagal ditolak dan tidak diterima berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan gizi ibu, tinggi badan ibu, status ekonomi dengan kejadian *stunting* pada balita.