

EDITOR

Prof. Dr. Yusuf Sabilu, M.Si.

Dr. Lilin Rosyanti, S.Kep.Ns., M.Kes

Dr. Nina Indriyani Nasruddin, M.Kes., M.Gizi



STUNTING



Samsuddin | Shelly Festilia Agusanty | Desmawati | Lydia Febri Kurniatin
Fitriyani Bahriyah | Isra Wati | Sitti Marya Ulva | Umbu Putal Abselian
Uliyatul Laili | Mayurni Firdayana Malik | Happy Novriyanti Purwadi | Yuli Ernawati

STUNTING



eureka
media aksara
Anggota IKAPI
No. 225/JTE/2021

 0858 5343 1992
 eurekaediaaksara@gmail.com
 Jl. Banjaran RT.20 RW.10
Bojongsari - Purbalingga 53362

ISBN 978-623-151-018-1



9 786231 510181

STUNTING

Samsuddin, S.Kep. Ns. M.Kep
Shelly Festilia Agusanty, S.Gz, MPH
Dr. dr Desmawati, M.Gizi
Lydia Febri Kurniatin, S.ST., M.Keb
Bd. Fitriyani Bahriyah, S.Tr.Keb., M.Keb
Isra Wati, S.ST., M.Keb
Sitti Marya Ulva, SKM,M.Kes
Umbu Putal Abselian, S.Kep., Ns
Uliyatul Laili, SST., M.Keb
Mayurni Firdayana Malik, SKM, M. Kes
Happy Novriyanti Purwadi, SKM.,MKM
Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep



eureka
media aksara

PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA

STUNTING

Penulis : Samsuddin, S.Kep. Ns. M.Kep | Shelly Festilia
Agusanty, S.Gz, MPH | Dr. dr Desmawati,
M.Gizi | Lydia Febri Kurniatin, S.ST., M.Keb |
Bd. Fitriyani Bahriyah, S.Tr.Keb., M.Keb | Isra
Wati, S.ST., M.Keb | Sitti Marya Ulva, SKM,
M.Kes | Umbu Putal Abselian, S.Kep., Ns |
Uliyatul Laili, SST., M.Keb | Mayurni Firdayana
Malik, SKM, M. Kes | Happy Novriyanti
Purwadi, SKM.,MKM | Yuli Ernawati, S. Kep.,
Ns., M. Kep

Editor : Prof. Dr. Yusuf Sabilu, M.Si.
Dr.Lilin Rosyanti,S.Kep.Ns., M.Kes
Dr. Nina Indriyani Nasruddin, M.Kes., M.Gizi

Desain Sampul : Ardyan Arya Hayuwaskita

Tata Letak : Rizki Rose Mardiana

ISBN : 978-623-151-018-1

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, MEI 2023**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992

Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2023

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh
isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun,
termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman
lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur selalu terucap kepada Allah SWT yang sampai saat ini telah memberikan nikmat sehat, sehingga tim penulis bisa menyelesaikan buku yang berada di tangan pembaca ini. Penulis berharap buku yang berjudul “Stunting” bisa bermanfaat bagi pembaca.

Masalah Stunting masih banyak terjadi di dunia termasuk di Indonesia. Banyak faktor yang menjadi penyebab stunting yaitu rendahnya asupan makanan bergizi, adanya penyakit infeksi pada ibu, rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan, rendahnya asupan vitamin dan mineral, buruknya sumber pangan dan protein hewani dan akses sanitasi yang buruk. Kejadian stunting dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah berat badan lahir, kurangnya konsumsi energi, protein, dan status ekonomi keluarga.

Semoga dengan hadirnya buku ini bisa memperkaya khasanah keilmuan dan referensi terkait stunting. Sehingga, masyarakat dapat mengenal dengan baik terkait masalah dan dampak stunting yang begitu luas. Buku ini terdiri dari 12 bab yang membahas terkait stunting dengan lebih terstruktur.

- Bab 1 Stunting Dan Permasalahannya
- Bab 2 Ciri Stunting
- Bab 3 Penilaian Status Gizi
- Bab 4 Faktor Determinan Stunting
- Bab 5 Dampak Stunting Pada Masa Depan
- Bab 6 Tahapan Tumbuh Kembang Anak
- Bab 7 Pencegahan Dan Upaya Penanganan Stunting
- Bab 8 Peran Pemerintah Menangani Stunting
- Bab 9 Peran Lintas Sektor Dalam Penanggulangan Stunting
- Bab 10 Peran Dunia Pendidikan Dan Media Dalam Mengatasi Stunting
- Bab 11 Cegah Stunting dengan Perilaku Hidup Sehat
- Bab 12 Pendekatan Terapi Komplementer Mencegah Stunting

Buku ini disusun bukan sebagai karya yang sempurna, untuk penyempurnaan penyusunan selanjutnya, kami sangat mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak yang kompeten dalam bidang ini. Oleh karena itu masukan dan saran yang membangun sangat kami harapkan. Akhir kata semoga buku ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca untuk memperkaya khasanah dan wawasan dalam bidang stunting. Tak lupa Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat dan selamat membaca.

Kendari, 29 April 2023

Tim Penyusun.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB 1 STUNTING DAN PERMASALAHANNYA	1
A. Pendahuluan.....	1
BAB 2 CIRI STUNTING	11
A. Pendahuluan.....	11
B. Indikator Stunting Berdasarkan Antropometri	12
C. Ciri Stunting.....	14
BAB 3 PENILAIAN STATUS GIZI	21
A. Pendahuluan.....	21
B. Penilaian Status Gizi Secara Langsung.....	21
C. Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung.....	22
D. Antropometri	23
E. Pengukuran Tinggi/Panjang Badan.....	24
F. Pengukuran Berat Badan	27
G. Penilaian Status Gizi Berdasarkan Berat Badan dan Tinggi Badan untuk Stunting.....	28
H. Pengukuran Lingkar Kepala.....	29
I. Pengukuran Lingkar Lengan Atas	30
J. Indeks Massa Tubuh	30
K. Kesimpulan	32
BAB 4 DETERMINAN STUNTING	33
A. Pendahuluan.....	33
B. Determinan Stunting.....	35
BAB 5 DAMPAK STUNTING PADA MASA DEPAN	50
A. Pendahuluan.....	50
B. Dampak Fisiologis.....	51
C. Dampak Psikologis.....	52
D. Dampak Sosial Ekonomi.....	53
BAB 6 TAHAPAN TUMBUH KEMBANG ANAK	58
A. Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan.....	58
B. Prinsip-Prinsip Tumbuh Kembang Anak.....	59
C. Tahap-Tahap Tumbuh Kembang Anak.....	60

	D. Tumbuh Kembang Neonatus.....	63
	E. Masa Bayi (28 Hari - 1 Tahun)	63
	F. Masa Anak (Usia 1 – 3 Tahun)	65
	G. Masa Prasekolah	66
	H. Masa Remaja (12-18 atau 20 Tahun).....	66
BAB 7	PENCEGAHAN DAN UPAYA PENANGANAN	
	STUNTING	67
	A. Pendahuluan	67
	B. Penilaian Status Gizi	68
	C. Etiologi Stunting	71
	D. Epidemiologi	71
	E. Faktor yang Mempengaruhi Stunting.....	72
	F. Preventif pada Stunting.....	76
	G. Nutrisi yang Wajib Dipenuhi untuk Mencegah Stunting.....	78
	H. Kebijakan yang Terkait dengan Pencegahan dan Penanggulangan Masalah Stunting.....	79
BAB 8	PERAN PEMERINTAH MENANGANI	
	STUNTING	86
	A. Pendahuluan	86
	B. Tujuan	89
	C. Dasar Hukum, Kebijakan, dan Kendala Implementasi.....	90
	D. Komitmen Nasional Pencegahan Stunting.....	90
	E. Sasaran	91
	F. Strategi Pencapaian.....	91
	G. Kerangka Penyebab dan Pendekatan.....	92
	H. Intervensi Gizi Spesifik.....	92
	I. Intervensi Gizi Sensitif.....	94
BAB 9	PERAN LINTAS SEKTOR DALAM	
	MENANGGULANGI STUNTING.....	97
	A. Pendahuluan	97
	B. <i>Logical Framework</i> Intervensi Terintegrasi.....	98
	C. Peran Lintas Sektor dalam Penurunan Stunting.....	101

BAB 10	PERAN DUNIA PENDIDIKAN DAN MEDIA DALAM MENGATASI STUNTING	106
	A. Metode Pendidikan Kesehatan	106
	B. Media Promosi Kesehatan	112
BAB 11	CEGAH STUNTING DENGAN PERILAKU HIDUP SEHAT.....	115
	A. Stunting	115
	B. Penyebab Stunting.....	116
	C. Pencegahan Stunting.....	116
	D. Perilaku Hidup Sehat dengan 5 Pilar STBM	118
BAB 12	PENDEKATAN TERAPI KOMPLEMENTER MENCEGAH STUNTING.....	124
	A. Pendahuluan.....	124
	B. Terapi Komplementer dengan Stunting	125
	C. Tactile Kinesthetic Stimulation (TKS)	125
	D. Manfaat TKS	126
	E. Fisiologis Sentuhan Sebagai Dasar dalam Tactile Kinestetik Stimulasi	128
	F. Perkembangan Otak.....	129
	G. Prosedur Pemberian TKS.....	130
	H. Mekanisme TKS.....	132
	I. Cara Melakukan TKS	133
	J. Beberapa Instrumen yang dapat Digunakan untuk Melakukan Evaluasi Terkait Prosedur Pemijatan pada Anak	134
	K. Efek samping TKS	135
	DAFTAR PUSTAKA	136
	TENTANG PENULIS	149

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak	12
Tabel 3. 1	Kategori Status Gizi berdasarkan Indeks Panjang Badan dan Tinggi Badan menurut Umur	28
Tabel 3. 2	Kategori Status Gizi berdasarkan Indeks Massa Tubuh menurut Umur.....	31
Tabel 8. 1	Intervensi Spesifik	93
Tabel 8. 2	Intervensi Sensitif	95
Tabel 12. 1	Peta Bukti Kesenjangan Terkait Pijat pada Anak	128

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3. 1	Length Board.....	24
Gambar 3. 2	Height Board.....	25
Gambar 3. 3	Tahap Pemeriksaan Panjang Badan.....	26
Gambar 3. 4	Cara dan Posisi Pemeriksaan Tinggi Badan.....	27
Gambar 3. 5	Pita Shakir Pengukur LILA.....	30
Gambar 4. 1	Determinan Stunting.....	35
Gambar 9. 1	Delapan Aksi Integrasi Intervensi Penurunan Stunting	105
Gambar 11. 1	Pilar STBM.....	120



STUNTING

Samsuddin, S.Kep. Ns. M.Kep
Shelly Festilia Agusanty, S.Gz, MPH
Dr. dr Desmawati, M.Gizi
Lydia Febri Kurniatin, S.ST., M.Keb
Bd. Fitriyani Bahriyah, S.Tr.Keb., M.Keb
Isra Wati, S.ST., M.Keb
Sitti Marya Ulva, SKM,M.Kes
Umbu Putal Abselian, S.Kep., Ns
Uliyatul Laili, SST., M.Keb
Mayurni Firdayana Malik, SKM, M. Kes
Happy Novriyanti Purwadi, SKM.,MKM
Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep



BAB

1

STUNTING DAN PERMASALAHANNYA

Samsuddin, S.Kep. Ns. M.Kep

A. Pendahuluan

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh yang terjadi Anak Balita (bayi di bawah lima tahun) yang disebabkan karena kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Balita yang pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) merupakan balita yang memiliki panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku *WHO-MGRS (Multicentre Growth Reference Study)*. Data yang diperoleh oleh *World Health Organization (WHO)*, Indonesia menjadi negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional (SEAR)*. Indonesia pada tahun 2005-2017 memperoleh rata-rata prevalensi balita stunting adalah 36,4%. Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) yang diperoleh tahun 2021, prevalensi stunting hingga saat ini berada pada posisi angka 24,4 persen atau 5,33 juta balita. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Litbangkes) menunjukkan prevalensi stunting sebesar 30,8% (Kemenkes, 2023).

Sebaran *stunting* di Indonesia pada dasarnya terdapat di seluruh Provinsi, dengan proporsi prevalensi yang tidak merata. Menurut Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) Tahun 2019, menunjukkan kasus prevalensi *stunting* tertinggi berada di Provinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 43,82% dan yang

terendah berada di Provinsi Bali sebesar 14,42%. Apabila merujuk pada standar batas maksimal prevalensi *stunting* WHO sebesar 20%, maka hampir sebagian besar Provinsi di Indonesia belum dapat memenuhi standar tersebut. Salah satunya adalah Provinsi Banten dengan angka prevalensi *stunting* pada Tahun 2019 yang mencapai 24,11% (Kemenko PMK RI, 2021)

Kejadian *stunting* dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah berat badan lahir, kurangnya konsumsi energi, protein, dan status ekonomi keluarga. Berat badan lahir merupakan salah satu faktor penyebab *stunting*. Ibu yang sedang hamil, dalam proses mengandungnya dianjurkan untuk tidak kekurangan gizi karena hal tersebut mempengaruhi pertumbuhan bayi dalam kandungan. Apabila bayi tersebut tidak tumbuh secara optimal dalam masa seribu hari pertama kehidupan, maka dapat dipastikan bayi tersebut mengalami *stunting* karena seribu hari pertama kehidupan merupakan masa *irreversible*. Jadi, apabila seorang individu pada 1000 hari kehidupannya telah mengalami *stunting* maka dapat diprediksikan individu tersebut tetap menjadi *stunting* di masa yang akan datang dikarenakan kesulitan mengejar pertumbuhannya sampai normal (Jayanti, 2022).

Banyak faktor yang menjadi penyebab *stunting* yaitu rendahnya asupan makanan bergizi, adanya penyakit infeksi pada ibu, rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan, rendahnya asupan vitamin dan mineral, buruknya sumber pangan dan protein hewani dan akses sanitasi yang buruk (Sutarto, Diana Mayasari, 2018)

Stunting selalu diawali oleh perlambatan penambahan berat badan (*weight faltering*) yang dapat terjadi sejak *in utero* dan berlanjut setelah lahir. Penelitian di Malawi menunjukkan bahwa bayi-bayi yang dilahirkan lebih pendek akan terus mengalami *length faltering* selama masa bayi (*infancy*). Faktor prediktor paling kuat untuk terjadinya *stunting* di usia 12 bulan pada penelitian tersebut adalah perlambatan pertumbuhan yang terjadi dalam tiga bulan pertama kehidupan. Jika rerata BB/U pada penimbangan selama 3 bulan pertama sejak lahir berada

kurang dari < -1 SD maka resiko untuk mengalami *stunting* di usia 12 bulan adalah 14 kali lipat (Dewi & Fuad, 2022).

Stunting memiliki konsekuensi fungsional yang merugikan pada anak. Beberapa dari konsekuensi tersebut termasuk kognisi yang buruk. Apabila disertai dengan penambahan berat badan yang berlebihan di masa kanak-kanak, berpotensi meningkatkan risiko penyakit kronis terkait gizi di masa dewasa hingga kematian (Kuswanti & Khairani Azzahra, 2022).

Berbagai penelitian membuktikan *stunting* menjadi salah satu penyebab utama kematian pada balita di dunia dan dapat berdampak pada rendahnya kualitas hidup di masa yang akan datang. Menurut hasil penelitian dari Myatt et al (2018), *stunting* adalah faktor penyebab kematian dari hampir dua juta anak setiap tahun dan berkontribusi terhadap 12% atas kehilangan usia harapan hidup sesuai dengan kecacatan yang diderita. Bahkan pernyataan Aguayo dan Menon (2016), menegaskan bahwa *stunting* menjadi faktor penyebab sekitar satu juta kematian anak setiap tahun. *Stunting* terbukti berimplikasi besar dan menyebabkan kerugian signifikan dari sumber daya manusia dan produktivitas.

Berbagai permasalahan dalam penanganan *stunting* di Indonesia dapat diketahui, antara lain :

1. Prevalensi yang tinggi

Data WHO pada tahun 2017, 22,2% atau sekitar 150,8 juta balita di dunia mengalami *stunting*. Namun angka tersebut mengalami penurunan dibandingkan tahun 2000 sebesar 32,6%. Di dunia, balita *stunting* berasal dari Asia (55%), (39%) berasal di Afrika (Buletin *Stunting*, 2018). Dari 83,6 juta balita *stunting* di Asia, proporsi terbanyak berasal dari Asia Selatan (58,7%) dan proporsi paling sedikit di Asia Tengah (0,9%). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan prevalensi balita pendek di Indonesia sebesar 36,8%. Pada tahun 2010, terjadi sedikit penurunan menjadi 35,6%. Namun prevalensi balita pendek kembali meningkat pada tahun 2013 yaitu menjadi 37,2%.

Pada tahun 2018 terjadi penurunan angka *stunting* menjadi 29,9%. Tahun 2020 Indonesia berada pada peringkat kedua dengan kategori prevalensi *stunting* tinggi (31,8%) dikawasan Asia Tenggara setelah Timor Leste (48,8%). Kondisi tersebut, menjadikan prevalensi *stunting* Indonesia berada pada posisi ke 115 dari 151 negara di dunia (Dewi & Fuad, 2022)

2. Sebaran yang luas

Kejadian *stunting* di 492 kabupaten/kota 33 provinsi di Indonesia dalam tahun kurun waktu tahun 2013 dan 2018 (Risksedas, 2018). Berdasarkan data Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) tahun 2021, prevalensi *stunting* saat ini masih berada pada angka 24,4 persen atau 5,33 juta balita di seluruh Indonesia (Kemenkes, 2023)

Dalam penanganan *stunting* yang luas diperlukan kepastian intervensi pencegahan *stunting* pada perempuan sejak sebelum kelahiran dan sesudah kelahiran. Sebelum kelahiran akan dilakukan program pendistribusian tablet tambah darah (TTD) untuk remaja putri, program tambahan asupan gizi untuk ibu hamil kurang gizi kronik, melengkapi puskesmas dengan USG untuk mempertajam identifikasi ibu hamil. Kemudian untuk pasca kelahiran juga dilakukan program untuk mendukung pemenuhan konsumsi protein hewani balita, merevitalisasi proses rujukan balita *weight faltering* dan *stunting* ke puskesmas dari rumah sakit, serta merevitalisasi, melengkapi, mendigitalisasi alat ukur di Posyandu di seluruh Indonesia (Zulkarnaen & Soesilo, 2021)

3. Tingkat ekonomi masyarakat yang masih rendah

Sunting akan terlihat pada saat anak menginjak usia 2 tahun. Proses pertumbuhan yang tidak memadai dan efek yang mendasari energi jangka panjang, nutrisi utama, asupan mikronutrien yang tidak memadai, atau konsekuensi dari infeksi kronis/berulang. (Jayanti, 2022)

Salah satu masalah gizi kronik yaitu *stunting* pada balita yang disebabkan oleh berbagai hal seperti morbiditas pada bayi, status gizi ibu selama kehamilan, asupan gizi pada bayi yang kurang, dan kondisi ekonomi keluarga.

Permasalahan gizi utama yang masih menjadi masalah di Indonesia adalah kejadian stunting pada balita. Indonesia masih dihadapi oleh masalah gizi utama yaitu tingginya stunting pada balita. Faktor yang berdampak pada keadaan terjadinya stunting yaitu kondisi sosial ekonomi. Karena ekonomi memang sangat berkaitan dalam tahap pemenuhan asupan gizi dan karena ekonomi sangat berkaitan dalam tahap pemenuhan makanan bergizi serta pelayanan kesehatan ibu hamil dan bayi (Kuswanti & Khairani Azzahra, 2022).

Sehingga umumnya pengaruh dari prevalensi stunting pada balita disebabkan oleh rendahnya pendidikan dan pendapatan orang tua. Keluarga dengan arus masuk yang tinggi memiliki akses yang cepat terhadap memperoleh pendidikan dan pelayanan kesehatan, sehingga status gizi anak menjadi lebih baik karena ekonomi menjadi salah satu penyebab yang menentukan pasokan makanan yang dibutuhkan keluarga, oleh karena itu ekonomi juga menentukan tingkat gizi keluarga dan mempengaruhi antara lain pertumbuhan dan perkembangan anak. Stunting merupakan keadaan kekurangan gizi berdasarkan indikator tinggi badan berdasarkan usia dan pada negara berkembang sering terjadi pada kelompok anak balita. Permasalahan stunting yang terjadi pada balita akan mempengaruhi kondisi balita pada tahap siklus kehidupan selanjutnya (Dasman, 2019).

Kejadian stunting pada usia muda merupakan indeks dari berbagai gangguan patologi yang berhubungan dengan ancaman penyakit, kematian, hilangnya kemungkinan perkembangan fisik, penurunan perkembangan saraf dan fungsi kognitif, hingga keluhan kebiasaan pada sebagian besar, serta terdapat gangguan perkembangan pada motorik dan sosial. Umumnya stunting terjadi karena rendahnya pendapatan dan produksi pangan, yang dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi. Stunting terjadi sebagai akibat dari kondisi yang terus-menerus seperti

kemiskinan, karena pendapatan mempengaruhi dukungan gizi keluarga dan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan formal (Aini et al., 2022).

Stunting pada anak usia dini dapat dijadikan sebagai indikator adanya masalah status gizi dan memberikan gambaran gangguan terhadap keseluruhan status sosial ekonomi masa lalu. Kemiskinan jangka panjang dapat berarti bahwa adanya ketidakmampuan dalam mencukupi kebutuhan pangan dalam jumlah dan kualitas yang cukup. Kualitas dari konsumsi makanan yang buruk, yang ditandai dengan terbatasnya pembelian sumber vitamin, mineral dan protein, menyebabkan malnutrisi baik makronutrien maupun mikronutrien (Rahayu et al., 2018).

Indonesia sebagai negara terbesar kelima dengan prevalensi stunting tertinggi, sosial ekonomi, kemiskinan, peningkatan paparan terhadap penyakit infeksius, dan akses masyarakat terhadap kerawanan pangan dan pelayanan kesehatan merupakan faktor penyebab terjadinya stunting. Penyebab tidak langsung terjadinya stunting, salah satunya yaitu tingkat ekonomi suatu keluarga yang disebabkan oleh tinggi rendahnya pendidikan yang ditempuh orang tua. Semakin tinggi pendidikan yang ditempuh orang tua, memiliki peluang yang besar juga kemungkinan memperoleh penghasilan yang tinggi untuk menjalani hidup yang sehat. Permasalahan gizi buruk pada saat ini disebabkan oleh konsumsi zat gizi yang tidak memenuhi kebutuhan (Rahayu et al., 2018).

Asupan gizi yang tidak tercukupi merupakan suatu permasalahan ekologi yang disebabkan bukan hanya oleh kurangnya pemenuhan makanan dan zat gizi tertentu, tetapi juga oleh tingkat ekonomi rendah, kebersihan lingkungan yang tidak memadai, dan kurangnya pengetahuan tentang gizi. Status sosial ekonomi dapat mempengaruhi kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Selain itu, status sosial ekonomi dapat mempengaruhi tidak hanya pilihan gaya hidup sehat, tetapi

juga pilihan menu tambahan makanan dan pemberian waktu makan. Hal ini berdampak signifikan terhadap perkembangan keterbelakangan tumbuh kembang pada anak. Status gizi anak dapat dipengaruhi oleh tingkat ekonomi yaitu perkembangan stunting. Hal tersebut didukung oleh penelitian yang menunjukkan bahwa tingkat ekonomi orang tua yang rendah mempengaruhi perkembangan masalah gizi dan stunting dibandingkan dengan orang tua yang tingkat ekonominya lebih tinggi. Tingkat ekonomi dapat memberikan dampak yang signifikan terhadap terjadinya stunting, karena dipengaruhi oleh tingkat pendapatan orang tua dan pengeluaran pangan rumah tangga (Sutarto, Diana Mayasari, 2018)

4. Keterlibatan orangtua yang masih rendah

Pola perilaku ibu dalam mencari advice untuk perawatan bayi dan anak juga menjadi penentu tingkat *stunting*. Banyak masyarakat dewasa ini memiliki pengetahuan bahwa bidan hanya sebatas penolong persalinan pertama. Padahal jauh dari itu bidan memiliki peran yang sangat strategis dalam mendampingi masa pertumbuhan anak dengan memberikan berbagai masukan dan pengetahuan kepada ibu dalam pendekatan medis sehingga risiko *stunting* akan semakin berkurang. Selain itu, pendidikan telah lama dikaitkan dengan berbagai resiko kesehatan, salah satunya adalah *stunting*. Orang tua dengan tingkat pendidikan lebih rendah tentu akan sangat sulit mengakses berbagai informasi kesehatan penting, terlebih bagi seorang ibu yang tidak bisa membaca. Kekurangan pengetahuan ditambah dengan minimnya akses terhadap berbagai informasi menjadi akumulasi masalah selanjutnya yang dapat menyebabkan seorang anak dibesarkan dibawah kendali seorang ibu yang memiliki wawasan dan pengetahuan yang masih tergolong rendah. Keterbatasan ini mengakibatkan tidak hanya terbatasnya pengetahuan, melainkan juga menimbulkan sikap abai dari seorang ibu

dikarenakan ketidaktahuan dan ketidakpahaman berbagai intervensi dan kebijakan yang dilakukan pemerintah untuk mengurangi risiko *stunting*.(Kuswanti & Khairani Azzahra, 2022)

Pembelajaran yang minim pun mengakibatkan ketidakpahaman seorang ibu menjadi semakin tidak tertolong dan budaya di sebagian masyarakat yang mengarahkan seorang ibu untuk membesarkan anak dalam prinsip-prinsip yang pada faktanya berlawanan dengan fakta empiris medis (Rita Kirana, Aprianti, 2022).

5. Dampak yang merusak bagi anak

Pada anak, masa 1000 hari pertama kehidupan merupakan masa krusial sebagai awal dari *stunting* atau tidaknya tumbuh kembang balita. Selain itu, dari segi akibat, secara makro ekonomi bahwa anak yang mengalami malnutrisi dan *stunting akan* menyebabkan loss GDP sebesar 4% -11% dimasa depan.(Rahmawati et al., 2022).

Secara umum dampak *stunting* dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang. Pada jangka pendek, *stunting* dapat menyebabkan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas, perkembangan kognitif, motorik, tidak optimal, dan biaya kesehatan meningkat. Dampak jangka panjang dari *stunting* yaitu postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa sehingga anak lebih pendek dibandingkan anak normal, serta risiko obesitas dan penyakit lain meningkat, kesehatan reproduksi menurun, kapasitas belajar dan performa saat masa sekolah menjadi kurang optimal, serta dapat menyebabkan produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak maksimal (Aini et al., 2022).

Dampak pada perkembangan kognitif ada anak yang mengalami yang secara jangka panjang akan mempengaruhi kehidupan di masa depan antara lain (Dasman, 2019) :

a. Kognitif lemah dan psikomotorik terhambat

Bukti menunjukkan anak yang tumbuh dengan *stunting* mengalami masalah perkembangan kognitif dan psikomotor. Jika proporsi anak yang mengalami kurang

gizi, gizi buruk, dan *stunting* besar dalam suatu negara, maka akan berdampak pula pada proporsi kualitas sumber daya manusia yang akan dihasilkan. Artinya, besarnya masalah *stunting* pada anak hari ini akan berdampak pada kualitas bangsa masa depan.

b. Kesulitan menguasai sains dan berprestasi dalam olahraga

Anak-anak yang tumbuh dan berkembang tidak proporsional hari ini, pada umumnya akan mempunyai kemampuan secara intelektual di bawah rata-rata dibandingkan anak yang tumbuh dengan baik. Generasi yang tumbuh dengan kemampuan kognisi dan intelektual yang kurang akan lebih sulit menguasai ilmu pengetahuan (sains) dan teknologi karena kemampuan analisis yang lebih lemah. Pada saat yang sama, generasi yang tumbuh dengan kondisi kurang gizi dan mengalami *stunting*, tidak dapat diharapkan untuk berprestasi dalam bidang olahraga dan kemampuan fisik. Dengan demikian, proporsi kurang gizi dan *stunting* pada anak adalah ancaman bagi prestasi dan kualitas bangsa di masa depan dari segala sisi.

c. Lebih mudah terkena penyakit degeneratif

Kondisi *stunting* tidak hanya berdampak langsung terhadap kualitas intelektual bangsa, tapi juga menjadi faktor tidak langsung terhadap penyakit degeneratif (penyakit yang muncul seiring bertambahnya usia). Berbagai studi membuktikan bahwa anak-anak yang kurang gizi pada waktu balita, kemudian mengalami *stunting*, maka pada usia dewasa akan lebih mudah mengalami obesitas dan terserang diabetes melitus. Seseorang yang dalam masa pertumbuhan dan perkembangannya mengalami kekurangan gizi dapat mengalami masalah pada perkembangan sistem hormonal insulin dan glukagon pada pankreas yang mengatur keseimbangan dan metabolisme glukosa. Sehingga, pada saat usia dewasa jika terjadi kelebihan

intake kalori, keseimbangan gula darah lebih cepat terganggu, dan pembentukan jaringan lemak tubuh (lipogenesis) juga lebih mudah. Dengan demikian, kondisi *stunting* juga berperan dalam meningkatkan beban gizi ganda terhadap peningkatan penyakit kronis di masa depan.

d. Sumber daya manusia berkualitas rendah

Kurang gizi dan *stunting* saat ini, menyebabkan rendahnya kualitas sumber daya manusia usia produktif. Masalah ini selanjutnya juga berperan dalam meningkatkan penyakit kronis degeneratif saat dewasa.

BAB

2

CIRI STUNTING

Shelly Festilia Agusanty, S.Gz, MPH

A. Pendahuluan

Pertumbuhan merupakan perubahan yang terjadi pada sel tubuh yaitu adanya penambahan ukuran sel dan atau penambahan jumlah sel. Perubahan ini akan menyebabkan perubahan proporsi dan komposisi tubuh yang ditunjukkan dengan bertambahnya ukuran fisik baik dalam berat badan, tinggi badan atau tampilan fisik.

Pertumbuhan tubuh manusia dipengaruhi oleh dua faktor utama yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan (Par'i, 2017).

1. Faktor genetik

Faktor genetik diturunkan dari kedua orang tua dengan sifat-sifat yang diturunkan dalam genetik setiap individu berbeda tergantung sifat bawaan.

2. Faktor Lingkungan

Terbagi dalam dua faktor lingkungan yaitu faktor lingkungan prenatal yaitu faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan janin di dalam rahim dan faktor lingkungan postnatal yaitu faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan setelah bayi dilahirkan.

Termasuk dalam faktor lingkungan prenatal antara lain status gizi ibu saat hamil, mekanis yaitu kelainan bawaan pada bayi (trauma, kurang cairan ketuban, posisi janin yang tidak normal), zat kimia/toksin, efek radiasi,

hormon, infeksi, dan imunitas. Sedangkan yang termasuk faktor lingkungan postnatal antara lain asupan zat gizi, jenis kelamin, umur, ras/suku bangsa, hormon, penyakit dan perawatan kesehatan.

Salah satu indikator status gizi bayi lahir adalah panjang badan waktu lahir disamping berat badan waktu lahir. Panjang bayi lahir dianggap normal antara 48 – 52 cm. Jadi panjang lahir <48 cm tergolong bayi pendek.

B. Indikator Stunting Berdasarkan Antropometri

Status gizi merupakan suatu keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan gizi dan kebutuhan tubuh. Sedangkan ukuran tubuh seseorang dipengaruhi dari faktor genetik dan faktor lingkungan. Termasuk faktor lingkungan yang berkaitan langsung dengan status gizi adalah asupan gizi dan penyakit infeksi sedangkan faktor lingkungan tidak langsung antara lain jenis kelamin, kegiatan fisik serta pola pertumbuhan tubuh.

Salah satu indikator yang digunakan untuk penilaian status gizi adalah dengan pengukuran antropometri karena pertumbuhan yang optimal membutuhkan asupan gizi yang seimbang. Parameter antropometri adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia yang meliputi berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada dan lainnya. Dalam menentukan status gizi parameter antropometri tersebut harus dibandingkan dengan ukuran lain, seperti umur atau parameter antropometri lainnya seperti tinggi badan. (Par'i, 2017).

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No: 1995/Menkes/SK/XII/2010 maka standard pertumbuhan yang menjadi acuan adalah standar pertumbuhan WHO 2005. Klasifikasi status gizi tersebut dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2. 1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

INDEKS	KATEGORI STATUS GIZI	AMBANG BATAS
Berat Badan	Berat badan sangat	<-3 SD

INDEKS	KATEGORI STATUS GIZI	AMBANG BATAS
menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	kurang (<i>severely underweight</i>)	
	Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	<-3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd +3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD

INDEKS	KATEGORI STATUS GIZI	AMBANG BATAS
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 5 - 18 tahun	Gizi buruk (<i>severely thinness</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>thinness</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	+ 1 SD sd +2 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 2 SD

Sumber : (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

Dari kategori dan ambang batas status gizi anak diketahui bahwa anak dikategorikan pendek atau *stunted* bila berada di ambang batas - 3 SD sd <- 2 SD dan sangat pendek (*severely stunted*) bila di ambang batas <-3 SD.

C. Ciri Stunting

Anak pendek atau *stunted* diidentifikasi dengan membandingkan tinggi seorang anak dengan standar tinggi anak pada populasi yang normal sesuai dengan usia dan jenis kelamin yang sama. Anak dikatakan pendek atau *stunted* jika tingginya berada di bawah -2 SD dari standard WHO.

Seorang anak yang pendek atau *stunted* belum tentu masuk dalam kategori anak stunting. Namun anak yang stunting sudah dapat dipastikan mempunyai status gizi pendek atau *stunted*.

Pada tahun 2010 gambaran tinggi standar anak usia 5 tahun adalah 110 centimeter, namun untuk tinggi rata-rata anak Indonesia usia 5 tahun kurang 6,7 centimeter untuk anak laki-laki dan kurang 7,3 centimeter untuk anak perempuan. Ketika memasuki usia 19 tahun tinggi kurang 13,6 centimeter untuk anak laki-laki dan kurang 10,4 centimeter untuk anak perempuan dari semestinya. Kejadian gagal tumbuh yang terjadi pada usia balita akan berlanjut ke usia berikutnya. Besar kemungkinan ketika mereka menginjak usia 19 tahun, maka tinggi badan optimal tidak tercapai. Mereka akan menjadi manusia dewasa yang pendek dengan keterbatasan untuk berproduktivitas optimal. Data menunjukkan masih tingginya

persentase perempuan usia 15-19 tahun yang tidak lagi meneruskan sekolah dan masuk pada usia reproduksi yang selanjutnya melahirkan lagi anak-anak yang kurang gizi (Trihono *et al.*, 2015).

Stunting adalah kondisi *stunted* yang sering disertai dengan resiko tingkat kecerdasan lebih rendah dari rata-rata dan beresiko tinggi menderita penyakit tidak menular seperti hipertensi, penyakit jantung, Diabetes Mellitus dan lain-lain. Stunting merupakan kondisi kegagalan pertumbuhan dan perkembangan yang dialami anak-anak akibat kurangnya asupan gizi dalam waktu lama, terjadinya penyakit infeksi berulang dan stimulasi psikososial yang tidak adekuat. Kondisi stunting biasanya mulai terjadi sejak didalam periode Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK), yaitu periode antara masa kehamilan selama 270 hari ditambah 730 hari selama usia 2 tahun pertama kehidupan seorang anak.

Anak stunting yang terjadi di Indonesia sebenarnya tidak hanya dialami oleh rumah tangga atau keluarga yang kurang mampu atau yang berada di bawah garis kemiskinan karena ternyata stunting juga dialami oleh rumah tangga atau keluarga yang tidak miskin atau yang berada di atas 40% tingkat kesejahteraan sosial dan ekonomi. Periode 1000 Hari Pertama Kehidupan merupakan periode kritis sebagai awal terjadinya stunting yang selanjutnya akan memberikan dampak jangka panjang hingga akan berulang dalam siklus kehidupan.

Stunting pada anak menjadi permasalahan karena berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya kesakitan dan kematian, gangguan pada perkembangan otak, gangguan terhadap perkembangan motorik dan terhambatnya pertumbuhan mental anak. Pertumbuhan tidak optimal dalam masa janin dan atau selama periode 1000 HPK memiliki dampak jangka panjang. Bila faktor eksternal (setelah lahir) tidak mendukung, pertumbuhan stunting dapat menjadi permanen sebagai remaja pendek (Trihono *et al.*, 2015)

Stunting menjadi penting karena dampaknya yang serius terhadap kualitas anak bukan hanya pada ukuran tubuh yang pendek saja. Ukuran tubuh yang pendek pada usia dini terutama saat lahir menandakan telah terjadi hambatan pertumbuhan dan perkembangan pada organ tubuh lainnya termasuk otak, jantung, ginjal, otot, tulang dan organ tubuh lainnya.

Ciri-ciri anak mengalami stunting :

1. Anak memiliki tinggi badan yang pendek dibandingkan tinggi badan normal seusianya. Anak dikatakan pendek apabila panjang badan atau tinggi badan anak berdasarkan usianya mempunyai nilai Z-Score kurang dari -2 dari standar deviasi.
2. Anak cenderung memiliki performa kurang baik pada fokus perhatian dan memori belajar serta memiliki penurunan dalam kemampuan kognitif dan prestasi belajar di sekolah
3. Anak mudah mengalami sakit terutama penyakit infeksi karena anak penderita stunting cenderung memiliki gangguan metabolisme dan penurunan kekebalan tubuh. Anak stunting akan lebih sulit dan lebih lama sembuh ketika sakit. Saat dewasa penderita stunting rentan mengalami penyakit tidak menular seperti diabetes mellitus, hipertensi, obesitas dan lainnya
4. Memiliki pertumbuhan gigi yang lambat akibat tidak tercukupinya kebutuhan gizi sehingga mengganggu proses tumbuh kembangnya termasuk pertumbuhan gigi.
5. Wajah tampak lebih muda dari usianya karena pengaruh gangguan pertumbuhannya.
6. Pada usia 8-10 tahun anak menjadi lebih pendiam serta tidak banyak melakukan kontak mata (eye contact) dengan orang lain.
7. Berat badan balita saat ditimbang tidak naik bahkan cenderung mengalami penurunan.
8. Perkembangan tubuh saat remaja terhambat seperti telat menarche (menstruasi pertama pada anak perempuan)
9. Penelitian menunjukkan bahwa anak stunting kemungkinan tidak akan pernah mencapai potensi penuh dan memiliki

perkembangan kognitif yang rendah. Kondisi ini menyebabkan pendidikan menjadi kurang optimal, terjadi penurunan kapasitas intelektual dan perkembangan motorik anak.

10. Selain pendek dan kerdil, anak yang mengalami stunting juga terlihat kurus. Walaupun terlihat pendek dan kurus tubuh anak tetap proporsional.

Kondisi pendek atau *stunted* merupakan penanda yang bisa dideteksi paling dini yaitu pada saat bayi lahir dimana bayi mempunyai Panjang Badan Lahir Rendah (PBLR) yaitu kurang dari 48 cm dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yaitu kurang dari 2500 gram dan bayi berukuran kecil untuk umur gestasinya. Sedangkan untuk kondisi kecerdasan atau kemampuan kognitifnya akan terlihat saat anak memasuki pra sekolah atau sekolah. Untuk kondisi penyakit tidak menular seperti diabetes mellitus, hipertensi, penyakit jantung, dan lainnya akan terlihat saat memasuki usia dewasa

Periode 1000 Hari Pertama Kehidupan pada anak menjadi penting karena gizi yang baik pada periode ini akan menghasilkan pertumbuhan dan perkembangan otak yang baik, pertumbuhan fisik yang sehat dan sistem imun atau daya tahan tubuh yang kuat pada anak. Hal ini harus dimulai sedini mungkin untuk mencegah stunting antara lain mencegah terjadinya BBLR, panjang badan yang rendah serta gizi kurang setelah bayi dilahirkan.

Gangguan gizi yang terjadi dalam masa 1000 HPK pada anak akan mempunyai dampak jangka panjang di usia dewasanya (Achadi, 2023). Gangguan gizi dan dampak yang terjadi antara lain :

1. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan otak. Kondisi ini menyebabkan menurunnya tingkat kecerdasan anak sehingga menjadi salah satu penyebab tingkat pendidikan yang rendah.
2. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan tulang dan otot. Hal ini menyebabkan seorang anak mempunyai panjang

badan atau tinggi badan yang kurang dibandingkan dengan anak lain seusianya atau yang disebut pendek/stunting.

3. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan organ tubuh seperti jantung, ginjal, pankreas, dan lain-lain. Kondisi ini menyebabkan di masa dewasa rentan mengalami penyakit tidak menular seperti diabetes mellitus, penyakit jantung, hipertensi dan lainnya.

Stunting bukan penyebab turunnya kecerdasan dan risiko penyakit tidak menular tetapi ketiganya terjadi secara bersama. Hambatan pertumbuhan dan perkembangan organ-organ yang menyebabkan terjadinya stunting yaitu tulang dan otot terjadi dalam waktu yang hampir bersamaan dengan hambatan pertumbuhan dan perkembangan organ-organ lain seperti otak, jantung dan ginjal yang menentukan terjadinya kecerdasan yang rendah dan risiko menderita penyakit tidak menular pada usia dewasa. Sehingga pada saat terjadi hambatan pertumbuhan dan perkembangan berbagai organ tubuh janin didalam kandungan, terjadinya stunting tidak mendahului terjadinya gangguan kognitif atau kecerdasan dan gangguan organ penyebab penyakit tidak menular, tetapi terjadi secara bersamaan.

Bagaimana mekanisme terjadinya kondisi tersebut? Untuk menjawab pertanyaan tersebut maka sangat penting untuk menjaga kesehatan dan gizi ibu di masa kehamilan. Hal ini disebabkan karena pada saat berada di dalam kandungan organ janin mempunyai kelenturan atau elastisitas yang tinggi karena sedang dalam masa pertumbuhan. Semua organ tubuh pada periode tersebut mengalami perkembangan yang pesat yang disebut dengan Plastisitas Perkembangan (Barker, 2008)

Plastisitas Perkembangan merupakan suatu periode kritis saat suatu sistem bersifat plastis (lentur) dan sensitif terhadap lingkungannya kemudian diikuti dengan hilangnya elastisitas dan kapasitas fungsional yang menetap (permanen). Sebagian besar organ dan sistem dalam tubuh, masa kritisnya terjadi saat periode di dalam kandungan.

Dalam kondisi ini janin akan menyesuaikan dengan kondisi lingkungannya. Bila janin mengalami kekurangan zat gizi dalam waktu yang lama maka sel-sel janin akan membelah atau tumbuh lebih lambat sehingga jumlah sel menjadi lebih sedikit yang menyebabkan organ janin menjadi lebih kecil. Akibatnya fungsi organ dapat terganggu atau lebih rentan terhadap pengaruh lingkungan. Pada keadaan ini gangguan fungsi dapat bersifat permanen dan sulit diubah (Achadi, 2023)

Fetal Growth Restriction (FGR) atau pertumbuhan janin yang terhambat secara klinis ditentukan oleh berat janin yang berada dibawah persentil ke-10 dari berat normal usia gestasional. Secara umum, FGR adalah kondisi di mana pertumbuhan potensial janin dipengaruhi secara negatif oleh faktor lingkungan dan ibu. Konsekuensi jangka pendek dari FGR adalah berat bayi lahir rendah (BBLR) dan peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal. Sedangkan konsekuensi jangka panjang antara lain peningkatan dua hingga tiga kali lipat dalam risiko penyakit kardiovaskular termasuk hipertensi dan penyakit jantung koroner (Casanello, Herrera and Krause, 2017).

Pada usia kehamilan 0-8 minggu terjadi pembentukan semua cikal bakal organ tubuh. Jantung dan paru-paru sudah mulai dibentuk sejak minggu ketiga kehamilan sedangkan otak, tulang, otot, hati dan pankreas mulai minggu keempat kehamilan. Pada minggu kesembilan hingga akhir kehamilan pertumbuhan organ berlanjut. Pertumbuhan jantung, pankreas, dan ginjal selesai saat janin masih dalam kandungan. Perkembangan penting organ-organ tersebut berlanjut dari saat bayi dilahirkan hingga usia 2 tahun pertama kehidupan.

Dengan demikian, 8 minggu pertama kehamilan merupakan masa yang paling kritis. Apabila terjadi masalah maka janin akan mengalami risiko abnormalitas morfologis mayor. Usia kehamilan setelah 8 minggu juga merupakan masa yang sangat kritis, karena sebagian organ masih bertumbuh dan berkembang seperti otak, paru-paru, otot, tulang dan organ lainnya. Masalah yang timbul pada periode ini akan berisiko

terjadinya abnormalitas morfologis minor dan terganggunya fungsi organ.

Organ mana sajakah yang paling dipengaruhi? Hal ini tergantung pada:

1. Kapan masalah kekurangan gizi terjadi.
2. Seberapa tingkat keparahannya
3. Berapa lama bayi mengalami kekurangan saat didalam kandungan.

Gambaran prevalensi pendek antar kelompok umur memiliki kecenderungan yang semakin meningkat, namun sebenarnya terjadi dinamika perubahan status gizi pendek pada tiap individunya. Dari studi kohort stunting yang dilakukan oleh Balitbangkes menunjukkan dinamika perubahan status gizi pendek yang diikuti antara saat lahir, ketika usia 6 bulan dan usia 1 tahun. Status gizi ada yang tetap normal, ada yang bergeser dari normal ke pendek tetapi kemudian normal lagi, ada yang pendek saat lahir menjadi normal di usia 6 bulan dan tetap normal pada usia 1 tahun dan lain sebagainya. Dari dinamika ini dapat ditunjukkan bahwa pendek bisa menjadi normal bila diintervensi dengan tepat. Sebaliknya, yang normal juga bisa menjadi pendek bila pola pengasuhannya tidak benar.

Namun pada usia diatas 2 tahun berdasarkan data studi yang dilakukan menunjukkan bahwa anak yang pendek pada usia 0-2 tahun dan tetap pendek pada usia 4-6 tahun sebagian besar akan tetap pendek pada usia 7-9 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa bila pendek dapat diatasi pada usia dini, maka sebagian besar akan menjadi normal pada usia selanjutnya. Sebaliknya bila pertumbuhan pada usia 0-2 tahun ke usia 4-6 tahun dari normal menjadi pendek, maka hanya sekitar sebagian yang bisa kembali normal. Untuk itu perlu terus mempertahankan status gizi normal, jangan sampai menjadi pendek, karena bila sudah pendek untuk menjadi normal lagi menjadi lebih sulit.

BAB 3

PENILAIAN STATUS GIZI

Dr. dr Desmawati, M.Gizi

A. Pendahuluan

Stunting adalah kondisi saat anak memiliki tinggi badan yang lebih pendek dari standar usianya, yang dapat disebabkan oleh kekurangan nutrisi, infeksi, dan faktor lingkungan lainnya. Penilaian status gizi pada stunting dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode, di antaranya adalah penilaian status gizi secara langsung dan tidak langsung.

B. Penilaian Status Gizi Secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dilakukan dengan beberapa metode yang dapat memberikan informasi langsung tentang status gizi seseorang. Berikut adalah beberapa metode penilaian status gizi secara langsung yaitu a) antropometri; b) pemeriksaan fisik; dan c) uji laboratorium (Netty, 2017; Rezkiyanti, 2021):

1. Antropometri

Antropometri adalah pengukuran tubuh manusia untuk menentukan status gizi. Beberapa pengukuran antropometri yang dapat dilakukan adalah berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran perut, dan lipatan kulit. Hasil pengukuran ini kemudian dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan untuk menentukan status gizi seseorang.

2. Pemeriksaan fisik: Pemeriksaan fisik dapat memberikan petunjuk tentang status gizi seseorang. Misalnya, kulit yang kering dan kusam dapat menunjukkan kekurangan vitamin dan mineral tertentu, sementara rambut yang kusam dan mudah rontok dapat menunjukkan kekurangan protein.
3. Uji laboratorium: Pemeriksaan darah dapat memberikan petunjuk tentang status gizi seseorang. Misalnya, rendahnya kadar hemoglobin dapat menunjukkan kekurangan zat besi, sedangkan kadar serum albumin yang rendah dapat menunjukkan malnutrisi kronis.

C. Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dilakukan dengan cara mengamati gejala atau tanda-tanda yang terkait dengan keadaan gizi seseorang. Beberapa metode yang umum digunakan dalam penilaian status gizi secara tidak langsung antara lain (Netty, 2017; Rezkiyanti, 2021):

1. Anamnesis

Metode ini dilakukan dengan mengumpulkan informasi dari pasien atau orang yang merawatnya tentang pola makan, riwayat kesehatan, dan aktivitas fisik. Informasi ini dapat memberikan gambaran tentang asupan nutrisi, masalah kesehatan yang mempengaruhi status gizi, dan kebiasaan makan yang tidak sehat.

2. Uji fungsional

Tes fungsional dapat memberikan gambaran tentang kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Misalnya, tes daya tahan kardiorespirasi dapat memberikan petunjuk tentang kebugaran kardiorespirasi seseorang.

Penilaian status gizi secara tidak langsung tidak selalu akurat karena dapat dipengaruhi oleh banyak faktor lain, seperti penyakit, obat-obatan, dan kondisi lingkungan.

D. Antropometri

Pemeriksaan status gizi yang paling praktis dan hampir selalu dikerjakan untuk menegakkan diagnosis stunting adalah pemeriksaan antropometri. Jadi, pada bab ini akan difokuskan membahas tentang pemeriksaan antropometri.

Pemeriksaan antropometri adalah proses pengukuran dimensi fisik yang terdiri dari pengukuran tinggi badan, berat badan, lingkar perut, lingkar lengan atas, dan lingkar kepala. Pengukuran antropometri dapat memberikan informasi tentang kelebihan atau kekurangan nutrisi, pertumbuhan dan perkembangan, dan risiko penyakit terkait obesitas.

Pemeriksaan antropometri memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihan penggunaan antropometri dalam penilaian status gizi adalah (Netty, 2017) :

1. Prosedurnya mudah, aman, dan dapat dilakukan pada jumlah sampel yang besar. Prosedurnya juga tidak bersifat invasive.
2. Tidak harus dikerjakan oleh tenaga ahli, cukup oleh tenaga terlatih saja.
3. Alatnya mudah didapat, mudah dibawa, murah, tahan lama dan bahkan bisa dibuat di daerah setempat.
4. Metode ini tepat dan akurat karena dapat dilakukan berulang kali.
5. Dapat mendeteksi riwayat gizi di masa lampau.
6. Dapat mengevaluasi perubahan status gizi dalam periode tertentu atau antar generasi.

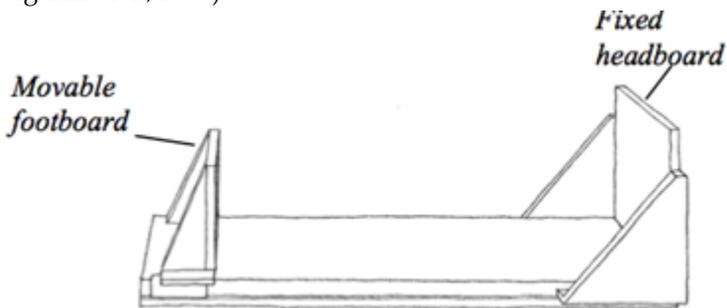
Kelemahan dari pemeriksaan antropometri adalah (Netty, 2017) :

1. Tidak sensitif. Metode ini tidak dapat mendeteksi perubahan status gizi dalam waktu singkat.
2. Tidak dapat mengenali faktor di luar gizi seperti penyakit, genetik, dan penurunan penggunaan energi yang dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan antropometri.
3. Kesalahan saat pengukuran (baik *human error* maupun kesalahan peralatan (*tools error*) dapat mempengaruhi presisi, akurasi, dan validitas pengukuran antropometri.

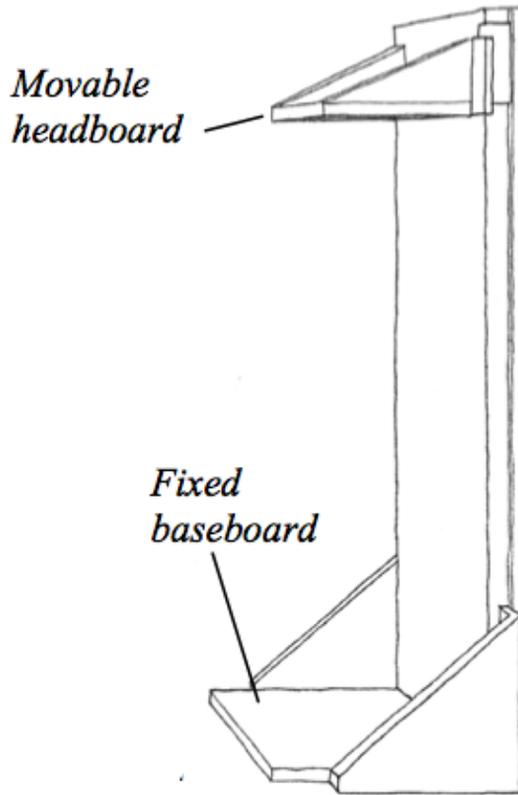
4. Tidak dapat membedakan antara lemak dan massa otot: Pengukuran antropometri seperti lingkaran pinggang atau lingkaran lengan atas tidak dapat membedakan antara lemak dan massa otot, yang dapat menghasilkan kesalahan dalam mengevaluasi status gizi seseorang.

E. Pengukuran Tinggi/Panjang Badan

Pengukuran tinggi/panjang badan digunakan untuk menentukan apakah anak memiliki stunting atau tidak. Untuk bayi dan anak berusia <2 tahun digunakan pengukuran panjang badan dengan alat yang disebut papan pengukur panjang (*length board*), sedangkan untuk anak di atas 2 tahun digunakan papan pengukur tinggi badan (*height board*) atau bisa juga memakai microtoise. Standar pengukuran tinggi badan yang digunakan adalah standar WHO yang memperhitungkan usia dan jenis kelamin anak. Anak dikatakan mengalami stunting jika tinggi badannya lebih rendah dari -2 standar deviasi (SD) dari standar usianya (Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2011; World Health Organization, 2008).

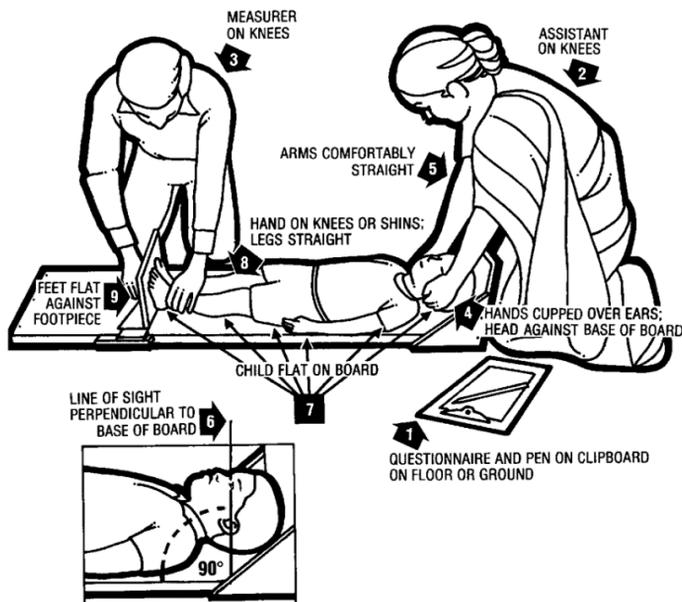


Gambar 3. 1 Length Board
(World Health Organization, 2008)



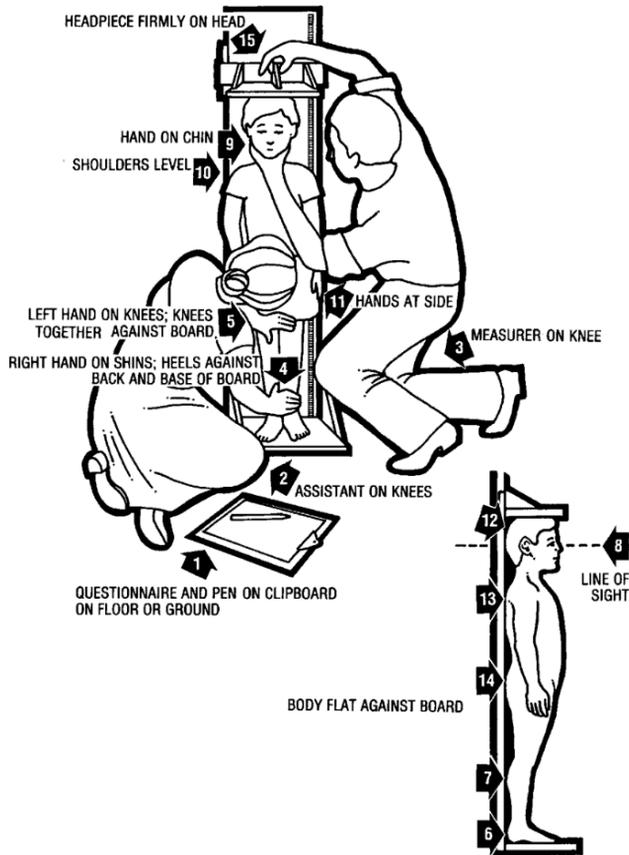
Gambar 3. 2 Height Board
(World Health Organization, 2008)

Untuk pengukuran panjang badan anak, dilakukan oleh dua orang. Anak harus diposisikan lurus dengan seluruh badan menempel pada papan. Jika anak bergerak aktif, pengukuran panjang badan bisa dilakukan hanya dengan satu kaki kiri saja. Hasil pengukuran dicatat, kemudian dimasukkan di dalam kurva untuk melihat status gizinya. Posisi dan cara pemeriksaan panjang badan bisa dilihat pada gambar 3.3 (World Health Organization, 2008).



Gambar 3. 3 Tahap Pemeriksaan Panjang Badan
(Valid International, 2018)

Untuk anak dengan tinggi badan >85 cm atau berusia >2 tahun dan sudah bisa berdiri, pengukuran tinggi badan harus dilakukan dalam posisi berdiri. Hasil pengukuran tinggi badan dipengaruhi oleh posisi dimana terdapat perbedaan sebesar 0.7 cm antara pengukuran dalam posisi berdiri dan berbaring. Pakaian anak seminimal mungkin sehingga postur tubuh dapat dilihat dengan jelas. Sepatu dan kaos kaki harus dilepas. Saat pengukuran, posisi badan anak harus tegak, kepala dalam posisi horizontal, kedua kaki dirapatkan, dan lutut lurus. Tumit, bokong, serta bahu menempel pada dinding atau permukaan vertikal stadiometer atau anthropometer. Kedua lengan berada di sisi tubuh dan telapak tangan menghadap ke paha. Kepala tidak harus menempel pada permukaan vertikal. Cara pemeriksaan tinggi badan bisa dilihat pada gambar 3.4 (Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2011; World Health Organization, 2008).



Gambar 3. 4 Cara dan Posisi Pemeriksaan Tinggi Badan
(Valid International, 2018)

F. Pengukuran Berat Badan

Pengukuran berat badan: Pengukuran berat badan dapat digunakan untuk menentukan apakah anak mengalami kekurangan gizi atau tidak. Namun, pada anak dengan stunting, pengukuran berat badan tidak dapat digunakan sebagai indikator utama status gizi karena berat badan anak dengan stunting dapat normal atau bahkan berlebih (Rezkiyanti, 2021).

Untuk mengukur berat badan anak, diperlukan timbangan pediatrik/ baby scale atau uniscale (untuk anak berusia di bawah dua tahun) dan timbangan elektronik atau

timbangan biasa untuk anak berusia di atas dua tahun (Netty, 2017; World Health Organization, 2008).

Pada penimbangan dengan menggunakan timbangan pediatrik atau baby scale, harus dipastikan anak ditempatkan di alas baring sehingga berat badan terdistribusi secara merata. Setelah anak berbaring dengan tenang, berat badan dicatat. Bila tidak ada alternatif, dapat digunakan Uniscale, dimana anak dan ibu ditimbang sekaligus (Netty, 2017; World Health Organization, 2008).

Untuk anak berusia dua tahun atau lebih, penimbangan sebaiknya dilakukan setelah anak mengosongkan kandung kemih dan sebelum makan. Timbangan harus ditempatkan di alas yang keras dan datar serta dipastikan ada pada angka nol sebelum digunakan. Anak berdiri tenang di tengah timbangan dan kepala menghadap lurus ke depan, tanpa dipegang. Perlu diingat bahwa adanya edema atau massa harus dicatat. Kemudian berat badan dicatat hingga 0,1 kg terdekat (World Health Organization, 2008).

G. Penilaian Status Gizi Berdasarkan Berat Badan dan Tinggi Badan untuk Stunting

Penilaian status gizi anak untuk menegakkan diagnosis stunting telah tertuang dalam peraturan Menteri Kesehatan tentang antropometri anak. Dalam permenkes tersebut, terdapat tabel standar yang bisa digunakan untuk penilaian hasil pemeriksaan antropometri anak. Pada anak usia 0 – 60 bulan, Indeks Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U digunakan untuk menentukan kategori tinggi badan yang dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut.

Tabel 3. 1 Kategori Status Gizi berdasarkan Indeks Panjang Badan dan Tinggi Badan menurut Umur

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (z-score)
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur	Sangat pendek (severely stunted)	<-3 SD
	Pendek (stunted)	-3 SD s/d < -2 SD

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (z-score)
(PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Normal	-2 SD s/d +3 SD
	Tinggi	>+3 SD

Sumber : (Kemenkes RI, 2020)

Penilaian tren pertumbuhan anak dilakukan dengan cara : 1) membandingkan pertambahan berat badan dan panjang badan atau tinggi badan dengan standar kenaikan berat badan dan pertambahan panjang badan atau tinggi badan; dan 2) menilai kenaikan indeks massa tubuh yang terjadi di antara periode puncak adipositas (peak adiposity) dan kenaikan massa lemak tubuh (adiposity rebound). Penilaian ini menggunakan grafik dan atau tabel kenaikan berat badan atau tinggi badan (length/height increment) (Kemenkes RI, 2020).

Risiko gagal tumbuh (at risk of failure to thrive) atau weight faltering, dan perlambatan pertumbuhan linear yang merupakan risiko terjadinya perawakan pendek (stunted) untuk anak berusia nol sampai 24 bulan dapat ditentukan dengan menggunakan tabel kenaikan berat badan (weight increment) dan pertambahan panjang badan atau tinggi badan (length/height increment) (Kemenkes RI, 2020).

H. Pengukuran Lingkar Kepala

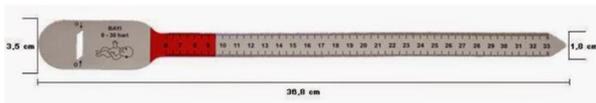
Pengukuran lingkar kepala dapat digunakan untuk menentukan apakah anak mengalami malnutrisi atau tidak. Anak dengan stunting dan lingkar kepala yang kecil dapat menunjukkan kekurangan nutrisi, meskipun ukuran lingkar kepala tidak sepenuhnya berhubungan dengan volume otak. Menurut data CDC tahun 2000, ukuran ideal bayi baru lahir adalah lingkar 36 cm dan 41 cm pada usia 3 bulan. Untuk anak perempuan, lingkar kepala ideal adalah 35 cm, meningkat menjadi 40 cm pada usia 3 bulan. Pada 4-6 bulan tumbuh 1 cm per bulan dan pada 6-12 bulan tumbuh 0,5 cm per bulan. Untuk mengukur lingkar kepala, pita pengukur dilewatkan pada bagian belakang kepala yang paling menonjol (protuberantia

occipitalis) dan dahi (glabella). Saat mengukur, sisi pita pengukur yang menunjukkan sentimeter berada di bagian dalam agar tidak menambah subjektivitas pengukuran. Kemudian sesuaikan dengan standar lingkaran kepala (Netty, 2017; World Health Organization, 2008).

I. Pengukuran Lingkar Lengan Atas

Pengukuran lingkar lengan atas (LILA) dapat digunakan untuk menilai status gizi pada anak dengan stunting. LILA dapat memberikan informasi tentang jumlah lemak tubuh dan massa otot anak. Anak dengan stunting dan LILA yang kecil dapat menunjukkan kekurangan gizi.

Alat pengukuran yang dipakai adalah pita skala Shakir yang disederhanakan oleh Morley dengan memberi warna hijau, kuning dan merah agar mudah dipahami. Pengukuran dilakukan pada pertengahan lengan kiri atas, antara akromion dan olekranon.



Gambar 3. 5 Pita Shakir Pengukur LILA

Jika ukuran LILA pada bayi 0-30 hari < 9.5 cm. dan LILA balita < 12.5 cm maka dikategorikan sebagai kurang energi protein (KEP). Ukuran normal LILA berbeda berdasarkan usia. Ukuran LILA bayi baru lahir normalnya 9.5 - 11 cm. untuk balita berusia 1 tahun sebesar 11 cm dan anak usia 5 tahun mempunyai nilai normal sebesar 12 cm.

J. Indeks Massa Tubuh

Pengukuran indeks massa tubuh (IMT): Pengukuran IMT dapat digunakan untuk menilai status gizi pada anak dengan stunting. Namun, pengukuran IMT harus dianalisis secara hati-hati karena anak dengan stunting dapat memiliki lemak tubuh yang rendah dan massa otot yang kecil.

Indeks Massa Tubuh dihitung dari data berat badan dan tinggi badan dengan menggunakan rumus berikut:

$$IMT = \frac{BB}{TB^2}$$

Keterangan :

IMT : Indeks Massa Tubuh (kg/m²)

BB : Berat Badan dalam satuan kg

TB : Tinggi Badan dalam satuan m

Penggunaan IMT menurut umur pada bayi dan anak untuk menentukan kategori status gizi yang dapat dilihat pada tabel 3.2 berikut :

Tabel 3. 2 Kategori Status Gizi berdasarkan Indeks Massa Tubuh menurut Umur

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (z-score)
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (severely wasted)	<-3 SD
	Gizi kurang (wasted)	-3 SD s/d < -2 SD
	Gizi baik (Normal)	-2 SD s/d +1 SD
	Berisiko gizi lebih (possible risk of overweight)	>+1 SD s/d +2 SD
	Gizi lebih (overweight)	+2 SD s/d +3 SD
	Obesitas (obese)	>+3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 5 - 18 tahun	Gizi buruk (severely thinnes)	<-3 SD
	Gizi kurang (thinnes)	-3 SD s/d < -2 SD
	Gizi baik (Normal)	-2 SD s/d +1 SD
	Gizi lebih (overweight)	+1 SD s/d +2 SD
	Obesitas (obese)	>+2 SD

Sumber : (Kemenkes RI, 2020)

Grafik IMT/U dan grafik BB/PB atau BB/TB cenderung menunjukkan hasil yang sama. Namun indeks IMT/U lebih sensitif untuk penapisan anak gizi lebih dan obesitas. Anak dengan ambang batas IMT/U $>+1$ SD berisiko gizi lebih sehingga perlu ditangani lebih lanjut untuk mencegah terjadinya gizi lebih dan obesitas (Kemenkes RI, 2020).

Dalam penilaian status gizi pada stunting, selain metode pengukuran di atas, faktor-faktor lain yang perlu diperhatikan adalah asupan nutrisi, kesehatan, dan lingkungan anak. Penting untuk melakukan evaluasi yang komprehensif untuk menentukan status gizi dan kebutuhan nutrisi anak dengan stunting.

K. Kesimpulan

Penilaian status gizi dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Pemeriksaan antropometri merupakan penilaian status gizi secara langsung yang hampir selalu dilakukan, karena manfaat serta kemudahan melakukannya. Hasil pemeriksaan antropometri juga dapat diinterpretasikan dengan mudah, termasuk untuk menegakkan diagnosis stunting.

BAB 4

DETERMINAN STUNTING

Lydia Febri Kurniatin, S.ST., M.Keb

A. Pendahuluan

Kejadian balita stunting (pendek) merupakan masalah gizi utama yang dihadapi Indonesia. Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2022 menyimpulkan bahwa prevalensi stunting di Indonesia adalah sebesar 21,6%. Melihat capaian tersebut, masih diperlukan usaha yang sangat besar untuk memenuhi target penurunan stunting tahun 2024 yaitu 14% (Kemenkes, 2023)

Stunting menjadi salah satu dari 17 agenda penting *Sustainable Development Goals (SDGs)*. *United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)* mengemukakan sekitar 80% anak stunting terdapat di negara berkembang di Asia dan Afrika. Indonesia berada di urutan kelima tertinggi setelah India, China, Nigeria dan Pakistan (UNICEF, 2014).

Stunting (pendek) atau kurang gizi kronik adalah suatu bentuk lain dari kegagalan pertumbuhan. Kurang gizi kronik adalah keadaan yang sudah terjadi sejak lama, bukan seperti seperti kurang gizi akut. Anak yang mengalami stunting sering terlihat memiliki badan normal dan proporsional, namun sebenarnya tinggi badannya lebih pendek dari tinggi badan normal yang dimiliki anak seusianya (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir, akan tetapi kondisi stunting baru nampak setelah bayi berusia dua tahun (Direktorat Gizi Masyarakat Kemenkes RI, 2018)

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir akan tetapi, kondisi stunting baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun. Balita pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) 2006. Sedangkan definisi stunting menurut Kementerian Kesehatan adalah anak balita dengan nilai z-skornya kurang dari $-2SD$ /standar deviasi (*stunted*) dan kurang dari $-3SD$ (*severely stunted*) (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

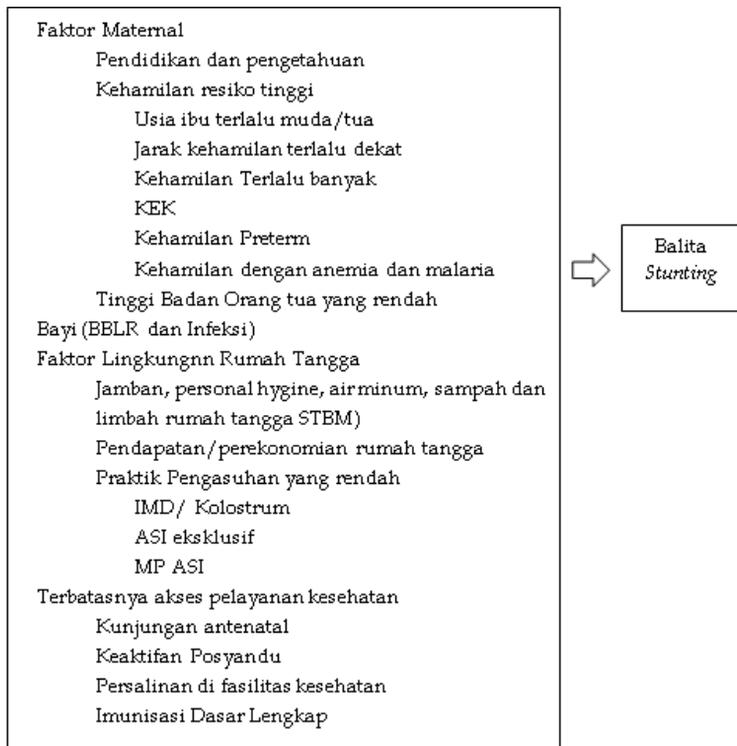
Stunting pada balita di Indonesia tidak disebabkan oleh 1 penyebab pada 1 masa tahap pertumbuhan saja, namun proses tersebut disebabkan oleh multifaktor dan berkesinambungan dalam 1000 HPK, dimulai dari saat konsepsi hingga balita berusia 2 tahun. Pada periode tersebut banyak permasalahan kesehatan yang dapat terjadi khususnya mengenai praktik pengasuhan yang kurang optimal, diantaranya anemia dan KEK pada saat hamil, ANC tidak sesuai standar, persalinan tidak ditolong oleh tenaga kesehatan, tidak melakukan IMD, tidak memberikan ASI eksklusif, tidak memberikan imunisasi dasar lengkap hingga tidak memberikan MP ASI yang baik. Semua siklus permasalahan tersebut terjadi pada 1000 HPK anak. Sehingga ibu sebagai orang terdekat yang memberikan pengasuhan pada balita, harus mendapatkan informasi yang memadai tentang optimalisasi pertumbuhan anak pada 1000 HPK sehingga dapat memaksimalkan perannya dan kasus

malnutrisi pada balita dapat dicegah (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

B. Determinan Stunting

Stunting disebabkan oleh faktor multidimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Faktor yang paling dominan mempengaruhi gizi balita dapat terjadi pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dari anak balita. Mulai dari konsepsi hingga 2 tahun kehidupan.

Beberapa penyebab terjadinya stunting pada anak terbagi menjadi beberapa kategori besar yaitu faktor keluarga dan rumah tangga, makanan tambahan dan komplementer yang tidak adekuat, menyusui dan infeksi (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).



Gambar 4. 1 Determinan Stunting

1. Faktor maternal

a. Pendidikan dan Pengetahuan

Faktor maternal pertama yang mempengaruhi ibu dalam meningkatkan risiko stunting adalah pendidikan dan pengetahuan ibu yang rendah (Senbanjo et al., 2011). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang pernah dilakukan di daerah perkotaan yaitu di Kelurahan Kalibaru Kota Depok yang menyatakan bahwa kecenderungan kejadian stunting pada balita lebih banyak terjadi pada ibu yang berpendidikan rendah. Hal ini dikarenakan di masyarakat masih berkembang pemikiran bahwa pendidikan tidak penting (Aridiyah et al., 2015). Pendidikan akan mempengaruhi cara berpikir seseorang. Ibu yang berpengetahuan tinggi akan dapat mengambil keputusan yang lebih rasional serta lebih terbuka menerima perubahan atau hal baru dibandingkan individu berpendidikan rendah. Secara tidak langsung tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi kemampuan dan pengetahuan ibu dalam berkomunikasi, mengatasi permasalahan, menjaga perawatan kesehatan diri dan keluarga, kemampuan bersikap dan menerapkan gizi serta pola pengasuhan anak yang baik terutama dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (Aridiyah et al., 2015; Kurniatin & Lepita, 2020; Pangaribuan et al., 2022).

Hasil *research* peneliti sebelumnya tentang determinan kejadian *stunting* di wilayah puskesmas Saigon kecamatan Pontianak Timur tahun 2019 juga mendapatkan hasil serupa bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara keterpaparan ibu tentang informasi 1000 HPK dengan kejadian *stunting* ($p\text{-value} = 0.000$). Hasil analisis lain menunjukkan nilai *Odd Ratio* sebesar 2,4 sehingga disimpulkan bahwa ibu yang tidak mendapatkan informasi tentang 1000 HPK akan memiliki peluang sebesar 2,4 kali untuk mengalami *stunting* (Kurniatin & Lepita, 2020).

b. Kehamilan Resiko Tinggi

Faktor risiko kejadian stunting lainnya adalah risiko tinggi selama kehamilan berupa kehamilan dengan jarak kehamilan terlalu dekat, terlalu banyak (lebih dari 5) dan hamil di usia terlalu muda/ tua. Usia merupakan faktor tidak langsung yang mempengaruhi kejadian stunting. Ibu yang hamil di usia >35 tahun memiliki kondisi kesehatan yang lebih menurun dan berkorelasi pula dengan munculnya komplikasi selama hamil, bersalin dan nifas (Juniarti et al., 2022).

Menurut hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Irwansyah dkk (2016) menjelaskan bahwa kejadian kehamilan remaja di Lombok Barat dapat meningkatkan 2,9 kali kejadian stunting.

Penelitian ini juga menjelaskan bahwa kehamilan pada usia remaja juga berkorelasi dengan pendidikan ibu yang rendah, tinggi badan yang kurang dan peningkatan kejadian berat badan bayi saat lahir yang rendah (BBLR). Hamil di usia remaja meningkatkan risiko keguguran, preeklampsia, infeksi, anemia dan stress. Selain itu hamil diusia remaja akan berisiko melahirkan bayi yang prematur, BBLR, kelainan kongenital dan kematian janin dalam Rahim (IUFD) (Irwansyah et al., 2016). Saat masa nifas, bayi berisiko untuk tidak mendapat ASI secara eksklusif sehingga rentan terhadap permasalahan gizi seperti stunting (Santhya & Jejeebhoy, 2015).

Selain usia ibu, jarak dan jumlah anak yang dilahirkan juga meningkatkan risiko stunting. Ibu yang hamil dengan jarak < 2 tahun menyebabkan kondisi kesehatan, mental dan sosial yang belum pulih seutuhnya. Hal tersebut akan berdampak lebih buruk jika ditambah dengan kurangnya dukungan keluarga dan ekonomi yang kurang memadai. Kondisi demikian dapat menyebabkan komplikasi kesehatan dan psikologis yang kurang baik khususnya untuk tumbuh kembang anak yang dilahirkan (Juniarti et al., 2022).

Jumlah anak yang dilahirkan juga berkorelasi dengan kejadian stunting. Anak yang lahir dari ibu dengan paritas banyak memiliki peluang lebih besar untuk mendapatkan pola asuh yang buruk dan tidak tercukupinya pemenuhan kebutuhan gizi selama masa pertumbuhan. Anak yang memiliki jumlah saudara kandung yang banyak dapat menyebabkan keterlambatan pertumbuhan karena persaingan untuk sumber gizi yang tersedia terbatas di rumah (Juniarti et al., 2022). Namun hal tersebut tidak akan terjadi, jika ibu mendapatkan dukungan penuh dari keluarga serta kondisi akan lebih baik jika ibu dan keluarga membuat perencanaan dalam berkeluarga.

Faktor risiko lainnya adalah ibu yang hamil dengan kekurangan energi kronis (KEK). KEK merupakan status gizi dengan kategori kurang yang disebabkan oleh pola konsumsi yang kurang dalam waktu yang lama. Hal tersebut dapat pula disebabkan oleh sakit yang berulang. Ketika ibu hamil mengalami KEK, akan mempengaruhi pula dengan pertumbuhan dan sirkulasi plasenta ibu ke janin sehingga bayi yang dilahirkan akan mengalami masalah pertumbuhan. Apabila kondisi tersebut tidak diperbaiki, bayi dapat mengalami IUGR atau BBLR, kedua kondisi tersebutlah yang dapat meningkatkan risiko kejadian stunting (Fitriani et al., 2022).

Selain itu, faktor risiko dari ibu lainnya seperti ibu saat hamil menderita anemia dan malaria, juga meningkatkan risiko kejadian tersebut (Danaei et al., 2016). Studi lainnya menjelaskan bahwa anak menjadi 2 kali lebih berisiko anemia pula apabila memiliki orang tua yang mengalami anemia. Penjelasan yang mungkin adalah bahwa orang tua anemia mungkin berasal dari keluarga miskin yang lebih sulit membeli dan menyediakan makanan bergizi untuk anak mereka dan diri mereka sendiri, sehingga asupan zat besi tidak mencukupi. Penjelasan lain mungkin disebabkan oleh

gangguan produksi sel darah merah, simpanan zat besi, atau kehilangan darah usus karena berbagi paparan penyakit menular (yaitu penyakit cacing yang disebabkan oleh cacing tambang) dalam rumah tangga yang sama (Mustika et al., 2023)

Faktor maternal lainnya adalah kesehatan mental yang buruk, *Intrauterine Growth Retardation (IUGR)*, kelahiran preterm dan hipertensi selama kehamilan (*Pre eclampsia*) (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

Menurut penelitian Fitriani et al (2022), persalinan prematur berhubungan dengan stunting ($p= 0,024$ dan $OR= 2$) dimana bayi yang prematur beresiko 2 kali mengalami stunting. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dikemukakan oleh Sania et al. (2015) yang mengatakan bahwa rata-rata panjang badan bayi prematur berada dibawah - 10 persentil. Pertumbuhan yang lambat pada bayi prematur dipengaruhi oleh retardasi linier yang terjadi saat dalam kandungan, selain karena singkatnya usia kehamilan. Bayi yang mengalami gangguan pertumbuhan (*growth faltering*) sejak usia dini menunjukkan risiko mengalami gangguan pertumbuhan pada periode umur berikutnya. Stunting yang disebabkan oleh *growth faltering* dan *catch up growth* yang tidak memadai, mencerminkan ketidakmampuan mencapai pertumbuhan optimal dimasa yang akan datang (Fitriani et al., 2022; Sania et al., 2015).

c. Tinggi Badan Orang Tua yang Rendah

Faktor risiko stunting lainnya adalah tinggi badan orang tua yang rendah (Ratu et al., 2018). Disebut rendah apabila ayah memiliki tinggi badan < 155 cm dan tinggi badan ibu < 150 cm. Tubuh pendek dari orang tua disebabkan oleh kondisi fisik (defisiensi hormon pertumbuhan) sehingga anak mewarisi kromosom yang membawa sifat pendek tersebut yang kemudian berpeluang anak yang lahir selanjutnya akan tumbuh

menjadi stunting. Namun, apabila sifat pendek ini disebabkan masalah gizi atau kejadian patologis maka tidak akan berpengaruh pada tinggi badan anak. Fenomena ini juga dapat dijelaskan dengan mekanisme antargenerasi yang menghubungkan kekurangan gizi pada generasi berikutnya yang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti potensi genetik, lingkungan bersama, dan kesulitan yang berkontinuitas (Mustika et al., 2023).

Seiring pertumbuhannya, anak perempuan yang mengalami stunting akan beresiko melahirkan anak yang stunting atau biasa dikenal dengan siklus kekurangan gizi antar generasi (Wardita et al., 2021)

d. Bayi dengan BBLR dan Infeksi

BBLR dapat menyebabkan kejadian stunting 4 kali lebih banyak (Irwansyah et al., 2016). Hal serupa juga dikemukakan Dananei et al (2016) yang meneliti faktor risiko stunting dari 137 negara berkembang dan ditemukan fakta bahwa BBLR merupakan faktor risiko terbesar kejadian stunting (Danaei et al., 2016). Berat lahir merupakan faktor risiko yang paling dominan mempengaruhi tumbuh kembang bayi dalam 6 bulan pertama kehidupan.

Hal tersebut karena berkaitan pula dengan risiko infeksi, nutrisi dan pola pengasuhan. Apabila BBLR diikuti dengan pola nutrisi dan pengasuhan yang tidak adekuat akan menyebabkan tingginya risiko infeksi dan akan meningkatkan risiko stunting Berat lahir juga berkorelasi erat dengan kondisi kesehatan ibu saat hamil. Ibu yang sebelum hamil mengalami KEK, selama hamil nutrisi tidak terjaga bahkan mungkin mengalami komplikasi selama hamil akan meningkatkan risiko BBLR (Fitri, 2012; Wardita et al., 2021).

Faktor risiko lainnya adalah infeksi klinis dan subklinis, seperti infeksi pada usus, antara lain diare, environmental enteropathy, infeksi cacing, infeksi

pernafasan (ISPA) dan malaria menjadikan nafsu makan yang kurang akibat infeksi dan inflamasi. Infeksi bisa berhubungan dengan gangguan gizi melalui beberapa cara, yaitu mempengaruhi nafsu makan, menyebabkan kehilangan bahan makanan karena muntah - muntah/diare, dan mempengaruhi metabolisme makanan (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

Hasil penelitian lain juga menjelaskan bahwa lama waktu balita menderita diare (lebih dari 2 minggu) juga meningkatkan risiko kejadian stunting (Teshome et al., 2015).

2. Faktor lingkungan rumah tangga

a. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) menyatakan bahwa STBM adalah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemucuan. Penyelenggaraan STBM bertujuan untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienis dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya termasuk mengatasi kejadian stunting.

Masyarakat menyelenggarakan STBM secara mandiri dengan berpedoman pada Pilar STBM yang bertujuan untuk memutus mata rantai penularan penyakit dan keracunan. Pilar STBM terdiri atas perilaku: 1. Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS); 2. Cuci Tangan Pakai Sabun; 3. Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga; 4. Pengamanan Sampah Rumah Tangga; dan 5. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (Kemenkes RI, 2022).

Risiko stunting 2,4 kali dan 1,4 kali lebih tinggi pada anak-anak dari rumah tangga dengan skor sanitasi rendah dan sedang. Rumah tangga dengan skor sanitasi jauh

lebih rendah berkontribusi terhadap risiko stunting yang jauh lebih tinggi (Mustika et al., 2023).

Selain sanitasi lingkungan, faktor kebersihan diri (*personal hygiene*) juga sangat berpengaruh dalam menentukan kesehatan keluarga. Contoh praktik kebersihan diri diantaranya adalah Cuci tangan Pakai Sabun (CTPS) dengan air mengalir dalam beberapa aktivitas dirumah seperti sebelum dan sesudah makan, sebelum dan sesudah memberikan ASI, MP ASI, sesudah buang air besar dan kecil dan lainnya.

Pada penelitian Pangaribuan et al (2022), dari separuh responden memiliki personal hygiene kurang (61,9%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara personal hygiene dengan kejadian stunting, diperoleh POR= 10,532 (95%CI: 1,841-60,250) yang berarti personal hygiene yang kurang berisiko 10,5 kali lebih tinggi untuk mengalami stunting dibandingkan personal hygiene yang baik setelah dikontrol oleh variabel status gizi ibu, ASI eksklusif, akses jamban, penyakit infeksi, pendapatan, pendidikan ibu, sampah, dan sumber air bersih (Pangaribuan et al., 2022).

Faktor penemuan sumber air bersih juga merupakan faktor risiko kejadian stunting. Air bersih digunakan untuk keperluan sehari-hari termasuk makan dan minum sehingga akan berpengaruh terhadap kesehatan keluarga, termasuk balita. Air yang dapat digunakan tidak keruh, berbau berwarna dan berasa. Pada penelitian Pangaribuan et al (2022) diperoleh bahwa sumber air bersih menunjukkan POR 3,167 (95% CI: 0,952-10,527) yang berarti bahwa balita yang tinggal di daerah lingkungan yang sumber air bersihnya tidak memenuhi syarat kesehatan berisiko 3,1 kali lebih tinggi untuk mengalami stunting dibandingkan dengan balita yang tinggal di lingkungan yang sumber air bersihnya memenuhi syarat kesehatan setelah dikontrol oleh variabel status gizi ibu, personal hygiene, ASI eksklusif,

akses jamban, penyakit infeksi, pendapatan, pendidikan ibu, dan sampah (Pangaribuan et al., 2022). Berdasarkan data profil kesehatan tahun 2022, Secara nasional persentase rumah tangga dengan akses air minum layak sebesar 90,78%. Provinsi dengan persentase tertinggi rumah tangga dengan akses air minum layak yaitu DKI Jakarta (99,86%), Bali (97,56%), dan DI Yogyakarta (95,69%). Sedangkan provinsi dengan persentase terendah adalah Papua (64,92%), Bengkulu (67,39%), dan Kepulauan Bangka Belitung (73,40%) (Kemenkes RI, 2022).

Akses jamban keluarga juga berkaitan dengan kejadian stunting. Praktik buang air besar (BAB) pada jamban yang tidak layak atau bahkan masih sembarangan (*open defecation free (ODF)*) menyebabkan pencemaran lingkungan dan penyebaran bakteri patogen. Bakteri-bakteri tersebut dapat menyebabkan infeksi diantaranya infeksi usus seperti diare dan EED sehingga dapat mempengaruhi status kesehatan dan gangguan pertumbuhan pada keluarga termasuk balita (Pangaribuan et al., 2022). Berdasarkan data profil kesehatan tahun 2022, 72,1% keluarga di Indonesia sudah menggunakan JSP (jamban sehat permanen) Sisanya 18,9% menggunakan JSSP (jamban sehat semi permanen) dan masih terdapat 9,0% menggunakan jamban sharing/komunal. Persentase keluarga dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) di Indonesia tahun 2021 adalah 86,1%. Provinsi dengan persentase tertinggi keluarga dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) adalah DI Yogyakarta (100%), Sulawesi Selatan (99,4%), dan Jawa Tengah (96,1%). Provinsi dengan persentase terendah adalah Banten (3,7%), Papua (56,5%), dan Papua Barat (69,9%) (Kemenkes RI, 2022).

Selain jamban, pengelolaan limbah cair serta sampah juga berhubungan dengan status kesehatan masyarakat termasuk kejadian stunting. Laporan Statistik Lingkungan Hidup Indonesia 2020 menunjukkan, lebih dari separuh rumah tangga atau 57,42% di Indonesia membuang air limbah mandi, mencuci, dan dapur ke got/selokan/sungai. Selain itu, sebanyak 18,71% membuang limbah rumah tangga ke lubang tanah. Ada juga 10,26% orang Indonesia yang membuang limbah ke tangki septik. Berikutnya, 1,67% orang Indonesia membuang limbah rumah tangga ke sumur resapan. Namun, hanya ada 1,28% yang membuang limbah melalui Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) atau Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL).

Pengelolaan limbah dan sampah memerlukan perhatian khusus agar tidak menyebabkan pencemaran lingkungan termasuk sumber air penduduk (Pangaribuan et al., 2022). Selain itu penelitian membuktikan, kejadian stunting lebih banyak terjadi di pedesaan dibandingkan dengan wilayah perkotaan dan keterpaparan ibu terhadap informasi juga mempengaruhi hal tersebut (Sarma & Khan, 2017).

b. Pendapatan/perekonomian rumah tangga

Pendapatan keluarga dalam penelitian ini diukur dengan pendapatan keluarga dalam satu bulan berdasarkan upah minimum kabupaten (UMK). Pendapatan rendah berkaitan dengan daya beli makanan untuk semua anggota keluarga. Pendapatan rendah dapat menyebabkan status kerawanan pangan dan gizi rumah tangga. Ketahanan pangan dan gizi adalah dua hal yang sangat terkait dengan status gizi. Status ekonomi keluarga yang tidak optimal dalam mengakses pangan dan layanan kesehatan dapat berdampak pada status gizi termasuk stunting terutama mereka yang dari keluarga dengan kelompok rentan (balita dan ibu hamil). Pada tahun 2021, persentase kemiskinan secara umum di Indonesia yaitu

sebesar 9,7%. Persentase kemiskinan terendah yaitu di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 4,6%, sementara tertinggi yaitu di Provinsi Papua yang pada 2021 mencapai angka sebesar 27,4% (Kemenkes RI, 2022).

c. Praktik Pengasuhan yang rendah

Faktor pola pengasuhan yang kurang baik juga mempengaruhi kejadian stunting, praktek pengasuhan yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017). Praktik pemberian MP-ASI yang tidak sesuai usia serta kualitas dan kuantitas yang tidak baik, bayi tidak di IMD atau tidak mendapat kolostrum di awal kehidupan, serta tidak mendapatkan ASI eksklusif juga meningkatkan kejadian stunting pada balita (Teshome et al., 2015).

Hasil penelitian Kurniatin & Lepita (2019) mendapatkan terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting*. Hasil analisis lain menunjukkan nilai *Odds Ratio* sebesar 6,67 sehingga disimpulkan bahwa balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif akan memiliki peluang sebesar 6,67 kali untuk mengalami *stunting* (Kurniatin & Lepita, 2020).

Hasil studi berbasis komunitas di Nepal pada 118 kasus balita *stunting* dan 236 kontrol mendapatkan hasil yang tidak jauh berbeda. Balita yang tidak mendapatkan asi eksklusif selama 6 bulan berisiko akan mengalami stunting 6,9 kali dibandingkan balita yang mendapatkan ASI eksklusif (Paudel et al., 2012).

Hal serupa juga ditemukan pada penelitian observasional analitik pada 99 balita di Nusa Tenggara Barat. Faktor yang paling mempengaruhi kejadian stunting adalah tidak memberikan ASI secara eksklusif (Hairunis et al., 2016).

ASI merupakan makanan alami, berenergi tinggi, mudah dicerna dan mengandung komposisi nutrisi yang seimbang serta sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang tersedia setiap saat, dan bebas dari kontaminasi (Wiji, 2013). ASI mengandung beranekaragam zat gizi yang dapat memenuhi kebutuhan bayi dalam pertumbuhan dan perkembangannya. ASI juga mengandung berbagai perlindungan spesifik dan non spesifik yang dapat melindungi bayi dari berbagai infeksi seperti Ig A, Ig G, Ig M, Lisozim dan laktoferin yang tidak ditemukan dalam susu sapi (Maryunani, 2015).

Memberikan ASI secara eksklusif akan memberikan kekebalan kepada balita sehingga tidak mudah terserang berbagai infeksi. Nutrisi yang disediakan sangat lengkap dan sesuai dengan kebutuhan balita. Hal tersebut tentunya akan membuat pertumbuhan dan perkembangan balita menjadi maksimal dan tidak akan mengalami *stunting*.

Selain ASI eksklusif, praktik pemberian MP ASI juga berkorelasi dengan kejadian *stunting*. Hasil penelitian Kurniatin & Lepita (2020) disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara riwayat pemberian MP ASI gizi seimbang dengan kejadian *stunting*. Hasil analisis lain menunjukkan nilai *Odd Ratio* sebesar 120 sehingga disimpulkan bahwa balita yang tidak mendapatkan MP ASI dengan gizi seimbang akan memiliki peluang sebesar 120 kali untuk mengalami *stunting*.

Pada penelitian lainnya balita yang mendapatkan MPASI tidak sesuai memiliki risiko 7,4 kali mengalami *stunting* dibanding balita yang mendapat MPASI sesuai. Di wilayah penelitian pemberian MPASI tidak sesuai terjadi karena ibu memberikan MPASI sebelum balita berusia enam bulan (Najahah et al., 2013).

Penelitian berbasis komunitas di Nepal pada 118 kasus balita *stunting* dan 236 kontrol mendapatkan hasil yang tidak jauh berbeda. Anak-anak yang mendapatkan MP ASI dengan jenis yang tidak beraneka ragam (di bawah standar WHO) dan kurang dari 4 kali sehari berisiko 4 kali mengalami *stunting*. Hal tersebut akan diperparah jika sebelumnya balita tidak mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan (Paudel et al., 2012).

Praktik pemberian MP ASI yang kurang baik masih banyak ditemukan di masyarakat di antaranya diberikan saat bayi berusia kurang dari 6 bulan dengan frekuensi dan kualitas yang kurang memadai. MP ASI seharusnya diberikan saat bayi berusia 6 bulan dengan tambahan energi kurang lebih 200 kkal per hari. MP ASI yang diberikan harus adekuat yaitu memenuhi kebutuhan energi, protein dan mikronutrien. MP ASI juga diberikan secara responsif ketika bayi menunjukkan tanda sudah siap untuk makan. MP ASI diawali dengan memberikan makanan halus/ saring kemudian meningkat pada frekuensi dan konsistensi/tekstur menjadi makanan keluarga di usia 12 bulan. Selain itu, praktik pemberian MP ASI juga harus higienis, diantaranya dengan memastikan kebersihan tangan dengan mencuci tangan dan peralatan yang digunakan (Ikatan Dokter Anak, 2017).

3. Akses Layanan Kesehatan

Kunjungan ANC adalah frekuensi kunjungan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya pada petugas kesehatan dengan jumlah kunjungan minimal 6 (enam) kali selama kehamilan dengan distribusi kunjungan pada trimester I sebanyak dua kali, trimester II sebanyak satu kali dan trimester III sebanyak tiga kali dan mendapatkan pelayanan minimal pemeriksaan kehamilan (10T).

Menurut penelitian pada 158 balita usia 12-36 bulan di wilayah kerja Puskesmas Dasan Agung Nusa Tenggara Barat, Kunjungan ANC yang teratur dan sesuai standar

pemeriksaan berhubungan langsung dengan kejadian stunting, Kunjungan ANC yang dilakukan secara teratur dapat mendeteksi dini risiko kehamilan yang ada pada seorang ibu terutama yang berkaitan dengan masalah nutrisinya. Pada penelitian tersebut ditemukan bahwa ibu yang melakukan kunjungan ANC tidak standar memiliki risiko mempunyai balita stunting 2,4 kali dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan ANC standar (Najahah et al., 2013).

Pelayanan kesehatan ibu hamil (K6) di Indonesia pada tahun 2021 di Indonesia sebesar 63% dengan provinsi tertinggi yaitu Provinsi Sumatera Utara sebesar 84,6%, diikuti Banten sebesar 84,2%, dan Kepulauan Bangka Belitung sebesar 82,8% (Kemenkes RI, 2022).

Selain layanan ANC, keaktifan posyandu juga merupakan determinan kejadian stunting. Balita yang tidak rutin dan tidak pernah memanfaatkan posyandu akan memiliki kecenderungan 3,5 dan 5,2 kali mengalami stunting jika dibandingkan balita yang memanfaatkan posyandu (Destiadi A et al., 2015). Balita yang rutin di bawa ke posyandu, akan lebih mudah untuk dilakukan screening tumbuh kembangnya. Sehingga apabila terjadi gangguan tumbuh kembang akan lebih cepat tertangani sehingga meminimalisir dampak yang akan terjadi. Selain itu, dengan aktif ke posyandu, balita juga akan mendapat layanan kesehatan yang sesuai dengan usianya, seperti imunisasi dan layanan gizi.

Selain keaktifan posyandu, kelengkapan status imunisasi juga merupakan risiko stunting. Menurut penelitian Al-Rahmad et al (2013), anak yang tidak diimunisasi secara lengkap akan meningkatkan kemungkinan risiko 2,2 kali menderita stunting. Imunisasi dasar sangat penting bagi imunitas balita, dimana sesuai dengan target nasional bahwa imunisasi dasar lengkap harus mencapai target sampai 100,0%. Karena anak yang tidak diimunisasi secara lengkap akan terdapat gangguan

kekebalan tubuh terhadap penyakit infeksi karena produksi antibodi menurun mengakibatkan mudahnya bibit penyakit masuk, hal dapat mengganggu produksi berbagai jenis enzim untuk pencernaan makanan (Agus Hendra AL-Rahmad, Ampera Miko, 2013).

Selain itu penelitian lain membuktikan, kejadian stunting lebih sedikit terjadi pada anak yang dilahirkan di fasilitas kesehatan dibandingkan di rumah (Sarma & Khan, 2017).

BAB 5

DAMPAK STUNTING PADA MASA DEPAN

Bd. Fitriyani Bahriyah, S.Tr.Keb., M.Keb

A. Pendahuluan

Stunting adalah masalah kurang gizi kronis karena kurangnya asupan gizi dalam waktu yang lama, yang berakibat pada gangguan pertumbuhan pada anak, salah satu cirinya adalah tinggi badan anak lebih rendah atau pendek dari standar anak-anak seusianya.

Ciri lain dari anak yang termasuk dalam stunting adalah pertumbuhan yang melambat, wajah tampak lebih muda dari anak seusianya, pertumbuhan gigi terlambat, performa buruk pada kemampuan fokus dan memori belajarnya, pubertas terlambat, dan usia 8-10 tahun anak menjadi lebih pendiam, tidak banyak melakukan kontak mata terhadap orang di sekitarnya.

Di Indonesia, lokasi persebaran kejadian stunting paling banyak adalah wilayah Nusa Tenggara Timur, namun daerah-daerah lain pun juga masih perlu perhatian dan kepedulian bersama. Terdapat tiga hal yang harus diperhatikan dalam pencegahan stunting, yaitu perbaikan terhadap pola makan, pola asuh, serta perbaikan sanitasi dan akses air bersih. Ketiga hal tersebut terkait dengan pola keseharian hidup di sebuah keluarga, yang erat pula kaitannya dengan terhambatnya perkembangan anak.

Kapasitas belajar anak yang tidak optimal dan menurunnya performa pada masa sekolah, dapat menyebabkan produktivitas dan kinerja saat anak dewasa juga tidak optimal. Hal tersebutlah yang mendorong Pemerintah Indonesia sangat peduli dengan kejadian stunting. Presiden RI menyatakan bahwa penanggulangan stunting harus menjadi prioritas untuk kemajuan sumber daya manusia Indonesia (Rafika, 2019).

Stunting memiliki dampak yang besar terhadap tumbuh kembang anak dan juga perekonomian Indonesia di masa yang akan datang. Beberapa dampak tersebut diantaranya:

B. Dampak Fisiologis

Dampak stunting terhadap kesehatan dan tumbuh kembang anak sangat merugikan. Stunting dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang anak terutama pada anak berusia di bawah dua tahun. Anak-anak yang mengalami stunting pada umumnya akan mengalami hambatan dalam perkembangan kognitif dan motoriknya yang akan mempengaruhi produktivitasnya saat dewasa. Selain itu, anak stunting juga memiliki risiko yang lebih besar untuk menderita penyakit tidak menular seperti diabetes, obesitas, dan penyakit jantung pada saat dewasa.

Anak yang mengalami stunting memiliki potensi tumbuh kembang yang tidak sempurna, kemampuan motorik dan produktivitas rendah, serta memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita penyakit tidak menular. Stunting mengakibatkan kemampuan pertumbuhan yang rendah pada masa berikutnya, baik fisik maupun kognitif, dan akan berpengaruh terhadap produktivitas di masa dewasa. anak yang mengalami stunting pada umur dibawah dua tahun memiliki risiko besar memiliki kemampuan kognitif yang rendah. Anak yang mengejar ketinggalan pertumbuhan di masa selanjutnya memiliki peluang untuk meningkatkan skor kognitif dibandingkan dengan anak yang tetap terhambat (Haskas, 2020)

Penelitian terkait dengan stunting dan perkembangan motorik menemukan bahwa anak dengan stunting memiliki kemungkinan peluang 11,89 kali lebih besar untuk mempunyai perkembangan motorik yang terhambat dan dibawah rata-rata median pertumbuhan anak. Anak balita berumur 12-60 bulan yang mengalami stunting memiliki perkembangan motorik kasar yang lebih rendah dibandingkan anak lainnya. Perkembangan yang lambat pada anak stunting dikarenakan terdapat pertumbuhan dan perkembangan yang terhambat pada otak mereka, sehingga otak tidak memberikan impuls positif terhadap motorik kasar maupun halus pada anak. Stunting bukanlah sebuah keadaan yang berlangsung dengan singkat, seorang anak dengan stunting biasanya mengalami kekurangan gizi dalam waktu yang lama sehingga pertumbuhannya terhambat.

Gizi memiliki peran penting dalam keadaan stunting, gizi memastikan bahwa perkembangan dan pertumbuhan sel otak anak berlangsung secara normal dan baik. kecukupan gizi mempengaruhi proses tumbuh kembang anak, terutama pada periode golden age. Pada anak stunting terdapat keterlambatan kematangan sel saraf yang mengatur gerak motorik, akibatnya perkembangan motorik kasar dan halus anak terganggu. Hal ini akan menyebabkan anak tidak memiliki pengalaman yang baik sebagai impuls pada otak, sehingga berpengaruh terhadap kecerdasan anak. Secara agregat kondisi demikian membuat tumbuh kembang anak terhambat. Keterlambatan tumbuh kembang anak akan mempengaruhi respon mereka melalui panca indera. Pada anak dengan stunting di Indonesia menemukan bahwa mereka cenderung pendiam dan tidak memiliki respon yang baik, secara motorik, kognitif maupun afektif (Sakti, 2020).

C. Dampak Psikologis

Dalam beberapa penelitian mengenai stunting dan efeknya pada kondisi psikologis, yang mencuat paling banyak adalah anak dengan stunting memiliki risiko perkembangan

kognitif, motorik, dan verbal yang kurang optimal. Perkembangan yang kurang optimal tersebut berdampak pada kapasitas belajar dan prestasi belajar di sekolah pun menjadi kurang optimal.

Pada kasus stunting, risiko disfungsi psikososial lebih tinggi dibandingkan kondisi normal. Anak terdeteksi memiliki kepercayaan diri yang rendah dan berisiko pula memunculkan masalah keluarga terutama ketika menginjak usia remaja. Anak dengan stunting juga mudah cemas dan rentan mengalami depresi. Setelah beranjak remaja, anak dapat berisiko memiliki kemampuan kognitif yang rendah, yaitu kurang berkembang 18,333 kali lebih besar dibandingkan dengan remaja tidak stunting.

Anak dengan stunting di awal dua tahun kehidupannya cenderung berisiko mengalami permasalahan pada kondisi psikologis ketika remaja bila dibandingkan dengan anak normal. Di antaranya adalah kecenderungan cemas dan rentan depresi, kepercayaan diri yang rendah, dan menampakkan perilaku-perilaku hiperaktif yang mengarah pada perilaku yang bertentangan dengan kondisi normal. Meskipun demikian, dengan stimulasi perkembangan anak yang baik, pengaruh negatif dari kejadian stunting terhadap perkembangan anak dapat diminimalisir dampaknya.

Anak dengan stunting dan dampaknya terhadap pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya, dapat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia Indonesia untuk berdaya saing dengan negara-negara lainnya. Orang tua adalah kunci dari penanggulangan stunting di Indonesia. Untuk itu, perlu edukasi terhadap orang tua dalam pembenahan pada pola asuh, pola pemberian asupan gizi, dan juga sanitasi serta akses air bersih (Rafika, 2019).

D. Dampak Sosial Ekonomi

Stunting merupakan wujud dari adanya gangguan pertumbuhan pada tubuh, bila ini terjadi, maka salah satu organ tubuh yang cepat mengalami risiko adalah otak.

Dalam otak terdapat sel-sel saraf yang sangat berkaitan dengan respons anak termasuk dalam melihat, mendengar, dan berpikir selama proses belajar. Menyelamatkan anak supaya tidak pendek (stunting) sangat penting, sebab terkait dengan kecerdasan dan produktivitas kerjanya kelak sebagai generasi penerus bangsa.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa setiap kenaikan status gizi TB/U anak sebesar 1 SD maka prestasi belajar anak akan naik sebesar 0.444. Begitu pula sebaliknya, setiap penurunan status gizi TB/U anak sebesar 1 SD maka prestasi belajar anak akan turun sebesar 0.444. Stunting berdampak sangat signifikan terhadap prestasi belajar anak. Hasil penelitian pada siswa SD menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara stunting dengan prestasi belajar anak sekolah. Stunting membuat kemampuan berpikir dan belajar siswa terganggu dan akhirnya kehadiran dan prestasi belajar siswa akan menurun dibandingkan dengan anak non stunting.

Usia sekolah dasar merupakan usia emas kedua bagi pertumbuhan anak baik fisik maupun mental yang berpengaruh bagi masa depan. Keadaan gizi kurang seperti stunting yang dialami oleh anak usia sekolah akan mempengaruhi kemampuan daya tangkap anak dalam mengikuti pelajaran di sekolah dan akan mempengaruhi prestasi belajarnya.

Prestasi belajar yang dicapai seorang siswa merupakan hasil interaksi dari berbagai faktor yang mempengaruhinya baik dari dalam diri (faktor internal) maupun dari luar (faktor eksternal). Faktor internal yaitu keadaan fisik dari anak tersebut yang dipengaruhi oleh status gizi dan kesehatannya serta keadaan psikis seperti inteligensi, perhatian, minat, bakat, motif, kematangan, dan kesiapan.

Faktor eksternal yaitu faktor dari luar individu atau siswa yang terdiri dari: 1) faktor keluarga yang meliputi cara orang tua mendidik, relasi antara anggota keluarga, suasana rumah, dan keadaan ekonomi keluarga; 2) faktor sekolah, antara lain metode mengajar guru, kurikulum, relasi guru

dengan siswa, relasi siswa dengan siswa, disiplin sekolah, alat pelajaran, waktu sekolah, standar belajar diatas ukuran, keadaan gedung, metode belajar dan tugas rumah; 3) faktor masyarakat (kegiatan siswa dalam masyarakat, media massa, teman bergaul, dan bentuk kehidupan masyarakat) (Picauly and Toy, 2013).

Kejadian stunting pada balita dapat menyebabkan gangguan *Intelligence Quotient* (IQ). Anak yang menderita kurang gizi berat (stunting) mempunyai nilai rata-rata IQ 11 poin lebih rendah dari anak normal. Stunting juga meningkatkan risiko obesitas dan penyakit degeneratif. Bila keadaan overweight dan obesitas dibiarkan berlangsung lama, risiko kejadian penyakit degeneratif dapat meningkat. Studi longitudinal pada anak-anak di Brazil, Guatemala, India, Filipina, dan Afrika Selatan tentang *reduction in schooling*, anak yang mengalami stunting pada usia dua tahun akan mengalami keterlambatan dalam menyelesaikan sekolahnya selama hampir satu tahun. Bank Dunia memperkirakan bahwa kerugian akibat kekurangan gizi sekitar 2,5% dari Produk Domestik Bruto (PDB) suatu negara. Nilai slope negatif antara Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per kapita dengan prevalensi gizi buruk balita, yang bermakna semakin tinggi nilai PDRB per kapita di suatu wilayah maka semakin rendah prevalensi gizi buruk di wilayah tersebut. Hal ini dikarenakan nilai PDRB yang besar menunjukkan kemampuan sumber daya ekonomi yang besar begitu pun sebaliknya (Khotimah, 2022). Secara ekonomi, hal tersebut tentunya akan menjadi beban bagi negara terutama akibat meningkatnya pembiayaan kesehatan. Potensi kerugian ekonomi yang diakibatkan oleh stunting sangat besar.

Secara nasional besar potensi ekonomi yang hilang akibat Kekurangan Energi Protein (KEP) yang mempengaruhi pertumbuhan balita adalah 0,27-1,21% dari PDB Indonesia atau nilainya antara 4,24 hingga 19,08 triliun rupiah per tahun. Masalah gizi kurang dan buruk berdasarkan indikator BB/U menggambarkan status gizi yang bersifat umum (tidak spesifik) dan tidak menggambarkan masalah gizi bersifat kronis atau

akut. Total biaya tambahan untuk pasien dewasa terkait gizi buruk diperkirakan 1,9 miliar euro pada Tahun 2011, atau sama dengan 2,1% dari total belanja kesehatan nasional dan 4,9% dari total biaya sektor perawatan kesehatan.

Hasil penelitian di Amerika Serikat menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara tinggi badan dengan sukses karir dan gaji di lingkungan pekerjaan. Seseorang dengan tinggi badan enam kaki atau 1,82 m rata-rata menghasilkan gaji selama 30 tahun berkarir sekitar \$166.000 lebih tinggi dibandingkan dengan seseorang dengan tinggi badan lima kaki lima inci atau 1,55 m. Hal ini menunjukkan bahwa tinggi badan seseorang mempengaruhi jenis pekerjaan, pendapatan, dan produktivitas kerjanya.

Penurunan kognitif, rendahnya imun yang mengakibatkan risiko tinggi terkena penyakit infeksi, kelebihan berat badan sampai dengan obesitas, serta PTM. Semua ini mempengaruhi jenis pekerjaan yang akan diperoleh, penurunan produktivitas ketika bekerja, dan gaji/pendapatan yang diterima. Hasil estimasi potensi kerugian ekonomi akibat stunting ini merupakan hasil kerugian ekonomi pada balita stunting dengan asumsi tidak adanya perbaikan gizi. Besar rata-rata potensi kerugian ekonomi pada balita stunting di seluruh provinsi di Indonesia yaitu Rp 96 miliar-Rp 430 miliar, jika nilai ini dilihat dalam persentase terhadap PDRB maka besar potensi kerugian pada penurunan produktivitas 2% dan 9% yaitu sekitar 0,15-0,67% dari rata-rata Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) provinsi-provinsi yang ada di Indonesia (Khotimah, 2022).

Masalah stunting menyebabkan pemasukan ekonomi sebagai hasil dari produktivitas, menjadi pengeluaran negara. Beberapa faktor bisa menjadi penyebab dari tinggi dan rendahnya potensi kerugian ekonomi beberapa provinsi di Indonesia, salah satunya yaitu jumlah kelahiran yang tinggi.

Setiap bayi yang lahir sebagai potensi dari sumber daya manusia yang baru memiliki nilai ekonomi produktivitas masing-masing, sehingga jumlah kelahiran yang tinggi dan

meningkatnya balita stunting dapat menyebabkan potensi kerugian ekonomi yang juga tinggi. Walaupun tidak semua provinsi dengan prevalensi stunting tinggi, pasti tinggi kerugian ekonominya. Hasil estimasi potensi kerugian ekonomi akibat stunting menunjukkan bahwa sangat penting 1.000 HPK bagi ibu dan balita, karena merupakan periode emas dan penuh tantangan untuk terhindar dari permasalahan gizi dan kesehatan. Periode ini merupakan tahap tumbuh dan kembang anak, sehingga bila terjadi masalah maka dapat memberikan dampak jangka panjang yang mengkhawatirkan. Siklus ini dapat terus berlanjut hingga generasi berikutnya, jika masalah stunting pada balita ini tidak segera ditangani. Penanganan dengan merencanakan program yang tepat sasaran, dapat membantu pembangunan negara dan mengurangi kemiskinan karena rendahnya pendapatan akibat masalah stunting (Renyonet et al., 2016).

BAB 6

TAHAPAN TUMBUH KEMBANG ANAK

Isra Wati, S.ST., M.Keb

A. Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan

Perubahan fisik yang terjadi sampai anak tumbuh besar, sebagai makhluk yang tumbuh mulai kecil tetapi tumbuh dengan cepat semasa bayi, lebih lambat dalam masa kanak-kanak dan lebih cepat lagi selama masa puber (Santrock, 2007). Bertumbuh adalah terjadinya perubahan pada fisik yang dapat diukur. Berupa proses bertambahnya kesempurnaan fungsi dari alat dalam tubuh (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2011).

Pertumbuhan adalah terjadinya perubahan yang bersifat kuantitatif, yang dapat diukur. Titik beratnya ada pada fisik. Pertumbuhan Anak Anda bisa dipantau dengan pengukuran tinggi badan, lingkaran kepala, berat badan, dan ukuran standart yang telah disepakati secara internasional (Nahriyah, 2018) sedangkan Berkembang adalah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh menjadi lebih kompleks. Perkembangan adalah pola perubahan yang dimulai sejak pemuahan dan berlanjut sepanjang rentang hidup. Kebanyakan perkembangan melibatkan pertumbuhan, meskipun juga melibatkan penuaan (Santrock, 2007).

Perkembangan manusia mempunyai tiga domain utama. Pertama, perkembangan fisik yaitu perubahan terhadap ukuran, postur tubuh, penampilan, kemampuan motorik, persepsi serta kesehatan fisik. Kedua, Perkembangan Kognitif yakni perubahan dalam kemampuan intelektual seseorang yang didalamnya meliputi ingatan, pengetahuan akademis dan sehari-hari, pemecahan masalah, imajinasi, kreativitas dan bahasa. Ketiga, perkembangan emosional dan sosial yakni perubahan seseorang dalam komunikasi emosional, pemahaman diri, pemahaman tentang orang lain, keterampilan antar pribadi, pertemanan, relasi, serta penalaran moral dan perilaku (Nahriyah, 2018).

Pertumbuhan dan perkembangan Anak dipengaruhi banyak faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang terjadi pada anak kita meliputi jenis kelamin, usia, perbedaan ras, genetik, dan kromosom. Adapun faktor eksternal terdiri dari keadaan lingkungan sosial, nutrisi, ekonomi, dan stimulasi psikologis. Dengan mengetahui pertumbuhan maupun perkembangan anak, kita dapat mengetahui tumbuh kembang anak yang normal, berkomunikasi efektif sesuai fase tumbuh kembang anak serta merupakan bahan dasar yang dapat dilakukan dalam mengkaji tingkat kesehatan anak (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2011).

B. Prinsip-Prinsip Tumbuh Kembang Anak

Adapun prinsip-prinsip dalam tumbuh kembang anak adalah sebagai berikut :

1. Perkembangan anak merupakan hasil proses kematangan dan belajar. Sedangkan kematangan adalah proses ekstrinsik yang terjadi dengan sendirinya sesuai potensi yang ada pada masing-masing anak. Belajar merupakan proses perkembangan yang berasal dari latihan dan usaha.
2. Menurut Depkes dan IDAI, pola perkembangan dapat diramalkan yaitu adanya persamaan pola perkembangan bentuk semua anak sehingga perkembangan dapat diramalkan. Adapun perkembangan berlangsung dari

tahapan umum ke tahap spesifik dan berkesinambungan
(Fida dan Maya, 2012)

C. Tahap-Tahap Tumbuh Kembang Anak

Tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak berlangsung dengan teratur, saling berkaitan dan berkesinambungan mulai sejak konsepsi sampai dewasa. Tahapan tumbuh kembang anak dapat ditentukan dari masa ataupun waktu kehidupan anak. Meskipun masing-masing terdapat variasi pada setiap anak akan melewati suatu pola tertentu yang merupakan tahapan - tahapan pertumbuhan dan perkembangan:

1. Masa Prenatal (masa Intrauterin)

Masa Prenatal terdiri dari dua fase yaitu :

- a. Masa Embrio, yang dimulai sejak masa konsepsi sampai umur kehamilan 8 minggu. Ovum yang telah dibuahi dengan cepat menjadi suatu organisme, terjadi diferensiasi yang berlangsung dengan cepat dan terbentuk suatu sistem organ didalam tubuh. Pada minggu kedua terjadi pembelahan sel dan pemisahan jaringan antara endoterm dan ektoderm. Pada minggu ke-3 terbentuk lapisan mesoderm, pada masa ini sampai usia 7 minggu belum tampak adanya gerakan yang berarti melainkan hanya terdapat denyut jantung janin yang sudah mulai dapat berdenyut sejak usia 4 minggu.
- b. Masa Fetus, terjadi sejak umur 9 minggu sampai kelahiran. Masa ini terdiri dari 2 periode yaitu
 - 1) Masa Fetus Dini, yang dimulai sejak usia 9 minggu sampai dengan trimester II kehidupan intra uterin. Pada masa ini terjadi percepatan pertumbuhan, pembentukan jasad manusia secara sempurna dan alat tubuh terbentuk dan mulai dapat berfungsi
 - 2) Masa Fetus Lanjut, terjadi di akhir trimester II pertumbuhan berlangsung pesat dan adanya perkembangan fungsi. Pada masa ini terjadi peningkatan fungsi organ yaitu bertambahnya ukuran

panjang dan berat badan terutama pertumbuhan serta penambahan jaringan subkutan atau jaringan otot. Selain itu terjadi transfer *imunoglobulin G* (IgG) dari ibu melalui plasenta. Akumulasi asam lemak esensial seri omega 3 (Docosahexaenoic Acid) omega 6 (Arachidonic Acid) pada otak dari retina (Marimbi, 2010)

2. Masa Postnatal

Masa terdiri dari masa neonatus, masa bayi, masa prasekolah, masa sekolah dan masa remaja.

3. Masa Neonatus (usia 0-28 hari)

Menurut Hidayat (2010) Masa ini merupakan masa terjadinya kehidupan baru dalam ekstrasuterin, terjadi proses adaptasi lingkungan dan perubahan sirkulasi darah serta sistem organ - organ dalam tubuh. Proses adaptasi dari organ dimulai dari aktivitas pernapasan yang disertai pertukaran gas dengan frekuensi pernafasan 35-50 kali per menit. Penyesuaian denyut jantung antara 120-160x/menit dengan ukuran jantung yang lebih besar apabila dibandingkan rongga dada. Selanjutnya terjadi aktivitas bayi yang mulai meningkat untuk memenuhi kebutuhan gizi yang ditandai dengan menghisap (rooting reflex), gerakan memutar-mutar kepala, menelan dan menangis. Perubahan selanjutnya sudah mulai terjadi proses pengeluaran tinja dalam waktu 24 jam yang didalamnya terdapat mekonium, yang akan dilanjutkan dengan proses defekasi berupa proses ekskresi dari Air Susu Ibu (ASI). Frekuensi defekasi berkisar antara 3-5x seminggu.

Perubahan pada fungsi organ lainnya adalah ginjal yang belum sempurna, urine yang masih mengandung sedikit protein dan di minggu pertama akan dijumpai urine yang berwarna merah muda yang disebabkan karena banyaknya kandungan senyawa urat, lalu kadar hemoglobin darah tepi pada neonatus yang berkisar antara 17-19 g/dl, kadar hematocrit saat lahir adalah 52%, terjadi peningkatan kadar leukosit sekitar 25.000-30.000/dl dan setelah usia 1

minggu akan terjadi penurunan hingga ≤ 14.000 /dl. Keadaan fungsi hati juga masih relatif immatur dalam memproduksi faktor pembekuan karena belum terbentuknya flora usus yang akan berperan dalam absorpsi vitamin K dan imunoglobulin untuk kekebalan bayi.

4. Masa Bayi

Masa bayi adalah masa keemasan sekaligus masa kritis perkembangan seseorang. Dikatakan masa kritis karena pada masa ini bayi sangat peka terhadap lingkungan dan dikatakan masa keemasan karena masa bayi berlangsung sangat singkat dan tidak dapat diulang kembali (Departemen Kesehatan, 2010). Usia perkembangan bayi terbagi 2 yaitu, neonatus sejak lahir sampai usia 28 hari dan bayi dari usia 29 hari sampai 12 bulan (WHO, 2013). Bayi adalah anak usia 0 sampai 12 bulan. Setiap bayi mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan dalam masa hidupnya.

5. Masa Prasekolah

Pada masa ini pertumbuhan berlangsung stabil dan terjadi peningkatan pertumbuhan dan perkembangan dengan aktivitas jasmani yang bertambah dan meningkatnya keterampilan dan proses berpikir (Marimbi, 2010)

6. Masa Sekolah

Pertumbuhan lebih cepat dibanding pada masa prasekolah. Pada masa ini keterampilan dan intelektual sudah makin berkembang, senang bermain berkelompok dengan jenis kelamin yang sama (usia 6-18/20 tahun).

7. Masa pra remaja (usia 6-10 tahun)

Masa remaja :

- a. Remaja Dini : usia 8-13 tahun (Pada Wanita) dan 10-15 tahun (Pada Pria)
- b. Remaja Lanjut : usia 13-18 tahun (Pada Wanita) dan 15-20 tahun (Pada Pria)

D. Tumbuh Kembang Neonatus

Pertumbuhan dapat dilihat dari pertumbuhan berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, gigi, organ penglihatan, organ pendengaran dan organ seksual. Pertumbuhan fisik adalah hasil dari perubahan bentuk dan fungsi dari organisme. Bayi cukup bulan mempunyai berat badan antara 2500 – 4000 gr. Pada bayi lahir cukup bulan, berat badan sewaktu lahir akan kembali di hari ke-10. Berat badan menjadi 2 kali berat badan waktu lahir pada bayi umur 5 bulan, menjadi 3 kali berat badan lahir pada umur 1 tahun dan menjadi 4 kali berat badan lahir pada umur 2 tahun. Sedangkan pada panjang badan rata-rata waktu lahir adalah 50 cm diantaranya menunjukkan panjang badan sekitar 45-55 cm. Secara garis besar, tinggi badan anak dapat diperkirakan sebagai berikut (Hidayat, 2008) :

1. Perkembangan motorik halus

Perkembangan motorik halus di masa ini ditandai dengan adanya kemampuan untuk mengikuti garis tengah apabila diberikan respons terhadap gerakan jari atau tangan

2. Perkembangan motorik Kasar

Perkembangan motorik kasar yang dapat dicapai di usia ini yaitu diawali dengan tanda gerakan seimbang pada tubuh dan mulai mengangkat kepala

3. Perkembangan bahasa

Perkembangan bahasa pada masa ini dapat ditunjukkan dengan adanya kemampuan bersuara dengan menangis dan bereaksi terhadap suara ataupun bel.

E. Masa Bayi (28 Hari - 1 Tahun)

1. Usia 1-4 Bulan

Perkembangan motorik halus di usia ini adalah bayi dapat melakukan beberapa hal seperti memegang suatu objek lalu mengikuti objek tersebut dari satu sisi ke sisi yang lain, mencoba memegang dan memasukkan benda kedalam mulut, memegang benda walaupun terlepas, memegang benda dengan menggunakan kedua tangan, memperhatikan

tangan dan kaki, dan menahan benda di tangan walaupun hanya sebentar

Perkembangan motorik kasar di usia ini diawali dengan kemampuan mengangkat kepala saat tengkurap, mencoba duduk sebentar dengan ditopang, mampu duduk dengan kepala tegak, jatuh terduduk di pangkuan ketika disokong pada posisi berdiri, kontrol kepala sempurna, mengangkat kepala sambil berbaring terlentang, berguling dari terlentang ke miring, posisi lengan dan tungkai kurang fleksi serta berusaha untuk merangkak

Perkembangan bahasa di usia ini diawali dengan adanya kemampuan bersuara dan tersenyum, mengucapkan huruf hidup, berceloteh, mulai mengucapkan kata, tertawa atau berteriak, mengoceh spontan dan bereaksi dengan mengoceh

2. Usia 4 bulan - 8 bulan

Perkembangan motorik halus di usia ini yaitu mulai mengamati benda, menggunakan ibu jari dan jari telunjuk untuk memegang, mengeksplorasi benda yang sedang dipegang, mampu menahan kedua benda di kedua tangan secara simultan menggunakan bahu dan tangan sebagai satu kesatuan, dan memindahkan objek dari satu tangan ke tangan yang lain

Perkembangan motorik kasar pada usia ini dilihat dari perubahan pada aktivitas seperti posisi telungkup pada alas dan sudah mulai mengangkat kepala dengan melakukan gerakan menekan kedua tangannya. Di bulan ke-4 sudah mampu memalingkan kepala ke kanan dan ke kiri, duduk dengan kepala tegak, membalikkan badan, bangkit dengan kepala tegak, menumpu beban pada kaki dengan lengan berayun ke depan dan kebelakang, berguling dari telentang ke tengkurap, dan duduk dengan bantuan dalam waktu cepat.

Perkembangan bahasa diusia ini yaitu dapat menirukan bunyi atau kata, menoleh ke arah suara, tertawa, menjerit, menggunakan huruf vokal yang semakin banyak

dan menggunakan kata yang terdiri dari dua suku kata dan dapat membuat dua bunyi vokal yang bersamaan seperti "ba-ba"

3. Usia 8 bulan - 12 bulan

Perkembangan motorik halus diusia ini yaitu mencari atau meraih benda kecil, mampu memindahkan, mengambil, memegang dengan telunjuk dan ibu jari, membenturkannya dan mampu meletakkan kembali benda ke tempatnya. Perkembangan motorik kasar diawali dengan duduk tanpa pegangan, berdiri menggunakan pegangan, bangkit lalu berdiri, berdiri sendiri walaupun cepat.

Perkembangan bahasa diusia ini yaitu mampu mengucapkan kata "mama" atau "papa" walaupun belum spesifik, mengoceh hingga mampu mengatakan dengan spesifik serta dapat mengucapkan satu atau dua kata (Hidayat, 2008)

F. Masa Anak (Usia 1 - 3 Tahun)

Pada masa ini terjadi perkembangan yang sangat pesat dalam aspek sifat, minat, sikap maupun cara penyesuaian dengan lingkungan (Fida dan Maya, 2012). Perkembangan motorik halus di usia ini dapat terlihat dengan adanya kemampuan dalam mencoba menyusun maupun membuat menara pada kubus. Sedangkan pada perkembangan motorik kasar, pada masa ini mampu melangkah ataupun berjalan tegak. Pada usia 18 bulan anak sudah mampu menaiki anak tangga secara perlahan dan di akhir tahun ke-2 sudah mampu berlari kecil, menendang bola serta mencoba melompat.

Perkembangan bahasa pada usia ini yaitu tercapainya kemampuan bahasa pada anak yang dimulai dengan anak sudah memiliki 10 perbendaharaan suku kata, peningkatan kemampuan dalam meniru, mengenali dan merespons terhadap orang lain, serta mampu mengkombinasikan kata (Hidayat, 2008).

G. Masa Prasekolah

Saat memasuki masa ini pada periode kanak-kanak tengah dan akhir, sekitar umur 6-11 tahun terjadi pertumbuhan yang lambat dan konsisten. Masa ini merupakan periode tenang sebelum terjadi pertumbuhan yang cepat saat memasuki usia remaja (Santrock, 2007)

Perkembangan motorik halus yaitu mulai memiliki kemampuan menggoyangkan jari kaki, menggambar dua sampai 3 bagian, mampu menjepit benda, melambaikan tangan, menempatkan suatu objek kedalam wadah, makan sendiri, minum, menggunakan sendok dengan bantuan dan membuat coretan pada kertas. Perkembangan motorik kasar pada masa ini ditandai dengan kemampuan untuk berdiri dengan satu kaki selama 1-5 detik, membuat posisi merangkak, berjalan dengan bantuan, dan melompat satu kaki.

Perkembangan adaptasi sosial pada masa ini ditandai dengan adanya kemampuan bermain dengan permainan sederhana, menangis jika dimarahi, membuat permintaan sederhana dengan gaya tubuh dan menunjukkan peningkatan kecemasan terhadap perpisahan serta mengenali anggota keluarga (Hidayat, 2008).

H. Masa Remaja (12-18 atau 20 Tahun)

Setelah melambat melalui masa kanak-kanak, pertumbuhan terjadi dengan cepat selama masa puber. Masa puber yaitu periode kematangan fisik yang terjadi dengan cepat mencakup perubahan tubuh dan hormon yang terjadi pada masa remaja awal. Ciri dan proporsi tubuh akan mengalami perubahan saat seseorang telah mampu bereproduksi (Santrock, 2007). Pada masa ini terjadi perubahan ke arah dewasa sehingga mengarah ke kematangan tanda-tanda pubertas (Fida dan maya, 2012)

BAB 7

PENCEGAHAN DAN UPAYA PENANGANAN STUNTING

Sitti Marya Ulva, SKM,M.Kes

A. Pendahuluan

Stunting adalah masalah gizi kronis akibat kurangnya asupan gizi dalam jangka waktu panjang sehingga mengakibatkan terganggunya pertumbuhan pada anak. Stunting juga menjadi salah satu penyebab tinggi badan anak terhambat, sehingga lebih rendah dibandingkan anak-anak seusianya. Stunting menjadi salah satu problem kesehatan yang masih menggejala di Indonesia. Masalah stunting bahkan menjadi perhatian khusus Kementerian Kesehatan lewat sejumlah kampanyenya. Hal ini karena stunting bisa mengakibatkan anak gagal tumbuh karena kekurangan nutrisi kronis, terutama pada 1.000 hari pertama kehidupan. Merujuk Organisasi Kesehatan Dunia atau World Health Organization (WHO), stunting adalah gangguan tumbuh kembang pada anak lantaran gizi buruk, infeksi berulang, serta stimulasi psikososial yang tidak memadai. Seorang anak dikategorikan stunting apabila tinggi badan menurut usianya lebih dari dua standar deviasi, di bawah ketetapan Standar Pertumbuhan Anak WHO.

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi dapat terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia 2 tahun, di mana keadaan gizi ibu dan anak merupakan faktor penting dari

pertumbuhan anak. Periode 0-24 bulan usia anak merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan sehingga disebut dengan periode emas. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi masa ini bersifat permanen, tidak dapat dikoreksi. Diperlukan pemenuhan gizi adekuat usia ini. Mengingat dampak yang ditimbulkan masalah gizi ini dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Jangka panjang akibat dapat menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, dan menurunnya kekebalan tubuh.

Stunting wajib diwaspadai karena dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan otak buah hati Anda. Anak pengidap stunting cenderung memiliki IQ rendah serta sistem imun lemah. Secara jangka panjang, kondisi ini memberikan risiko lebih tinggi untuk anak menderita penyakit degeneratif, seperti diabetes dan kanker. Sebagai orang tua, Anda dapat membedakan tanda anak stunting dari tinggi badan di bawah rata-rata teman sebayanya. Kekurangan gizi kronis juga membuat berat badan mereka sulit naik, bahkan terus menurun. Anak stunting cenderung mudah lelah dan tidak aktif jika dibandingkan dengan anak-anak seusianya.

B. Penilaian Status Gizi

Status gizi pada seorang balita (1 – 5 tahun) membutuhkan nutrisi yang lebih banyak karena pada masa inilah dianggap sebagai masa keemasan. Dalam masa ini seorang anak akan mengalami perkembangan fisik, mental, dan akan menemukan berbagai hal yang baru, sehingga terpenuhinya nutrisi pada masa ini sangatlah berperan penting. Penilaian status gizi pada dasarnya bisa dilakukan dengan empat macam penilaian yakni ada antropometri, klinis, biokimia dan biofisik.

1. Pengukuran Antropometri

Panjang badan menurut umur atau umur merupakan pengukuran antropometri untuk status stunting. Panjang badan merupakan antropometri yang menggambarkan

keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, panjang badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan panjang badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap panjang badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Pengukuran tinggi badan harus disertai pencatatan usia (TB/U).

Tinggi badan diukur dengan menggunakan alat ukur tinggi stadiometer Holtain/mikrotoice (bagi yang bisa berdiri) atau baby length board (bagi balita yang belum bisa berdiri). Stadiometer holtain/microtoise terpasang di dinding dengan petunjuk kepala yang dapat digerakkan dalam posisi horizontal. Alat tersebut juga memiliki jarum penunjuk tinggi dan ada papan tempat kaki. Alat tersebut cukup mahal, sehingga dapat diganti dengan meter stick yang digantung di dinding dengan petunjuk kepala yang dapat digerakkan secara horizontal. Stick pada petunjuk kepala disertai dengan skala dalam cm.

2. Indeks Antropometri

a. Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Indeks status gizi BB/U merupakan indeks masalah gizi yang digambarkan secara umum. BB/U yang rendah umumnya disebabkan karena pendek (masalah gizi kronis) ataupun sedang menderita diare serta penyakit infeksi lainnya (masalah gizi akut) yang tidak dijadikan indikasi masalah gizi kronis dan akut.

b. Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Indeks status gizi berdasarkan TB/U ini dapat menunjukkan masalah gizi yang bersifat kronis. Hal ini disebabkan karena keadaan yang berlangsung cukup lama seperti kemiskinan, perilaku hidup yang terbilang 12 tidak sehat, dan kurangnya asupan gizi yang didapatkan anak baik sejak di dalam kandungan yang mengakibatkan seorang anak menjadi pendek.

c. Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Indeks BB/TB memberikan indikasi terhadap masalah gizi akut yang terjadi pada peristiwa yang tidak lama seperti adanya wabah penyakit dan kekurangan makanan yang akan mengakibatkan seseorang nampak kurus.

3. Cara Pengukuran Antropometri

Pengukuran berat badan, panjang/tinggi badan dimaksudkan untuk bisa mendapatkan data status gizi sebuah penduduk. Pengukuran Panjang Badan (PB) dapat digunakan bagi anak usia 0 - 24 bulan dengan pengukuran terlentang, jika pengukuran pada usia anak 0 - 24 bulan dilakukan secara berdiri maka pengukuran dikoreksi dengan menambahkan 0,7 cm. Sedangkan untuk pengukuran Tinggi Badan (TB) dapat digunakan bagi anak dengan usia diatas 24 bulan, jika pada usia diatas 24 bulan pengukuran dilakukan dengan cara terlentang maka dikoreksi dengan mengurangi 0,7 cm.

a. Pengukuran Tinggi Badan

Pengukuran tinggi badan ini dilakukan pada responden yang sudah bisa berdiri. Pengukuran tinggi badan (microtoise) yang mempunyai kapasitas ukur hingga 2 meter dengan ketelitian 0,1 cm

b. Persiapan Pengukuran Tinggi Badan

- 1) Menggantungkan bandul benang untuk memasang microtoise di dinding sehingga dapat tegak lurus.
- 2) Menggantungkan bandul benang untuk memasang microtoise di dinding sehingga dapat tegak lurus.
- 3) Tarik papan penggeser tegak lurus ke atas sehingga dapat sejajar dengan benang berbandul yang tergantung. Tarik hingga angka pada jendela baca menunjukkan angka 0 (nol). Rekatkan dan lakban pada bagian atas microtoise.
- 4) Menghindari adanya perubahan posisi pita berikan perekat atau lakban pada posisi 10 cm dari bagian atas microtoise.

C. Etiologi Stunting

Pertumbuhan manusia merupakan hasil interaksi antara faktor genetik, hormon, zat gizi dan energi dengan faktor lingkungan. Proses pertumbuhan manusia merupakan fenomena yang kompleks yang berlangsung selama kurang lebih 20 tahun lamanya, mulai dari kandungan sampai remaja yang merupakan hasil interaksi faktor genetik dan lingkungan. Pada masa anak-anak, penambahan tinggi badan pada tahun pertama kehidupan merupakan yang paling cepat dibandingkan periode waktu setelahnya. Pada usia 1 tahun, anak akan mengalami peningkatan tinggi badan sampai 50 % dari panjang badan lahir, kemudian tinggi badan tersebut akan meningkat 2 kali lipat pada usia 4 tahun dan tiga kali lipat pada usia 13 tahun. Periode pertumbuhan paling cepat pada masa anak-anak juga merupakan masa dimana anak berada pada tingkat kerentanan paling tinggi. Kegagalan pertumbuhan dapat terjadi pada masa gestasi (kehamilan) dan pada 2 tahun pertama kehidupan anak atau pada masa 1000 hari pertama kehidupan anak.

Stunting merupakan indikator akhir dari semua faktor yang berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak pada 2 tahun pertama kehidupan yang selanjutnya akan berdampak buruk pada perkembangan fisik dan kognitif anak saat bertambah usia nantinya. Pertumbuhan yang cepat pada masa anak membuat gizi yang memadai menjadi sangat penting. Buruknya gizi selama kehamilan, masa pertumbuhan dan masa awal kehidupan anak dapat menyebabkan anak menjadi stunting. Pada 1000 hari pertama kehidupan anak, buruknya gizi memiliki konsekuensi yang permanen (UNICEF, 2013). Faktor sebelum kelahiran seperti gizi ibu selama kehamilan dan faktor setelah kelahiran seperti asupan gizi anak saat masa pertumbuhan, sosial ekonomi, ASI Eksklusif, penyakit infeksi, pelayanan kesehatan dan berbagai faktor lainnya.

D. Epidemiologi

Diperkirakan dari 171 juta anak stunting di seluruh dunia, 167 juta anak (98 %) hidup di negara berkembang. UNICEF

menyatakan pada tahun 2011, ada 1 dari 4 anak mengalami stunting. Selanjutnya, diprediksi akan ada 127 juta anak dibawah 5 tahun yang stunting, pada tahun 2025 nanti jika tren sekarang terus berlanjut, WHO memiliki target global untuk menurunkan angka stunting balita sebesar 40 % pada tahun 2025. Di Indonesia, saat ini stunting menjadi permasalahan kesehatan dengan prevalensi nasional sebesar 20,1 % (Pemantauan status gizi ,2017). Dari 10 orang anak sekitar 3-4 orang anak mengalami stunting (zahraini, 2013). Indonesia adalah salah satu dari 3 negara dengan prevalensi stunting tertinggi di Asia Tenggara. Penurunan angka kejadian stunting di Indonesia tidak begitu signifikan jika dibandingkan dengan Myanmar, Kamboja dan Vietnam.

Stunting merupakan malnutrisi kronis yang terjadi di dalam rahim dan selama 2 tahun kehidupan anak dapat mengakibatkan rendahnya intelegensi dan turunya kapasitas fisik yang pada akhirnya menyebabkan penurunan produktivitas, perlambatan pertumbuhan ekonomi, dan perpanjangan kemiskinan. Selain itu, stunting juga dapat berdampak pada sistem kekebalan tubuh yang lemah dan kerentanan terhadap penyakit kronis seperti diabetes melitus, penyakit jantung, dan kanker serta gangguan reproduksi maternal di masa dewasa. Proses stunting disebabkan oleh asupan zat gizi yang kurang dan infeksi yang berulang yang berakibat pada terlambatnya perkembangan fungsi kognitif dan kerusakan kognitif permanen. Pada wanita, stunting dapat berdampak pada perkembangan dan pertumbuhan janin saat kehamilan, terhambatnya proses melahirkan serta meningkatkan resiko kepada gangguan metabolisme dan penyakit kronis saat anak tumbuh dewasa.

E. Faktor yang Mempengaruhi Stunting

Stunting disebabkan oleh faktor multidimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Secara lebih detail, beberapa faktor

yang mempengaruhi kejadian stunting dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Faktor Langsung

a. Faktor ibu

Faktor ibu dapat dikarenakan nutrisi yang buruk selama prakonsepsi, kehamilan, dan laktasi. Selain itu juga dipengaruhi perawakan ibu seperti usia ibu terlalu muda atau terlalu tua, pendek, infeksi, kehamilan muda, kesehatan jiwa, BBLR, IUGR dan persalinan prematur, jarak persalinan yang dekat dan hipertensi.

b. Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan modal dasar mencapai hasil proses pertumbuhan. Melalui genetik yang berada dalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas dan berhentinya pertumbuhan tulang (Narsikhah, 2012). Menurut Amigo et al, dalam Narsikhah (2012) salah satu atau kedua orang tua yang pendek akibat kondisi patologi (seperti defisiensi hormon pertumbuhan) memiliki gen dalam kromosom yang membawa sifat pendek sehingga memperbesar peluang anak mewarisi gen tersebut dan tumbuh menjadi stunting. Akan tetapi, bila orang tua pendek akibat kekurangan zat gizi atau penyakit, kemungkinan anak dapat tumbuh dengan tinggi badan normal selama anak tersebut tidak terpapar faktor resiko yang lain.

c. Asupan Makanan

Kualitas makanan yang buruk meliputi kualitas mikronutrien yang buruk, kurangnya keragaman dan asupan pangan yang bersumber dari pangan hewani, kandungan tidak bergizi, dan rendahnya kandungan energi pada complementary foods. Praktik pemberian makanan yang tidak memadai, meliputi pemberian makanan yang jarang, pemberian makanan yang tidak adekuat selama dan setelah sakit, konsistensi pangan

yang terlalu ringan, kuantitas pangan yang tidak mencukupi, pemberian makan yang tidak berespon. Bukti menunjukkan keragaman diet yang lebih bervariasi dan konsumsi makanan dari sumber hewani terkait dengan pertumbuhan linier. Analisa terbaru menunjukkan bahwa rumah tangga yang menerapkan diet yang beragam, termasuk diet yang diperkaya nutrisi pelengkap, akan meningkatkan asupan gizi dan mengurangi risiko stunting.

d. Pemberian ASI Eksklusif

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

e. Faktor Infeksi

Beberapa contoh infeksi yang sering dialami yaitu infeksi enterik seperti diare, enteropati, dan cacing, dapat juga disebabkan oleh infeksi pernapasan (ISPA), malaria, berkurangnya nafsu makan akibat serangan infeksi dan inflamasi. Penyakit infeksi akan berdampak pada gangguan masalah gizi. Infeksi klinis menyebabkan lambatnya pertumbuhan dan perkembangan, sedangkan anak yang memiliki riwayat penyakit infeksi memiliki peluang mengalami stunting

2. Faktor Tidak Langsung

a. Faktor Sosial Ekonomi

Status ekonomi yang rendah dianggap memiliki dampak yang signifikan terhadap anak menjadi kurus dan pendek (UNICEF, 2013). Menurut Bishwakarma dalam khoiron dkk (2015), status ekonomi yang rendah akan mempengaruhi pemilihan makanan yang dikonsumsinya sehingga biasanya menjadi kurang bervariasi dan sedikit jumlahnya terutama pada bahan pangan yang berfungsi untuk pertumbuhan anak seperti sumber protein, vitamin dan mineral sehingga meningkatkan resiko kekurangan gizi.

b. Tingkat Pendidikan

Menurut Delmi Sulastrri (2012), pendidikan ibu yang rendah dapat mempengaruhi pola asuh dan perawatan anak. Selain itu juga berpengaruh dalam pemilihan dan cara penyajian makanan yang akan dikonsumsi oleh anaknya. Penyediaan bahan dan menu makan yang tepat untuk balita dalam upaya peningkatan status gizi akan dapat terwujud bila ibu mempunyai tingkat pengetahuan gizi yang baik. Ibu dengan pendidikan rendah antara lain akan sulit menyerap informasi gizi sehingga anak dapat beresiko mengalami stunting.

c. Pengetahuan Gizi Ibu

Menurut delmi Sulastrri (2012) 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. 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 pengetahuan gizinya akan memperhatikan

kebutuhan gizi anaknya agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

d. Faktor Lingkungan

Lingkungan rumah, dapat dikarenakan oleh stimulasi dan aktivitas yang tidak adekuat, penerapan asuhan yang buruk, ketidakamanan pangan, alokasi pangan yang tidak tepat, rendahnya edukasi pengasuh. Anak-anak yang berasal dari rumah tangga yang tidak memiliki fasilitas air dan sanitasi yang baik beresiko mengalami stunting.

F. Preventif pada Stunting

Preventif untuk menurunkan angka kejadian stunting seharusnya dimulai sebelum kelahiran melalui perinatal care dan gizi ibu, kemudian preventif tersebut dilanjutkan sampai anak berusia dua tahun. Periode kritis dalam mencegah stunting dimulai sejak janin sampai anak berusia 2 tahun yang biasa disebut dengan periode 1.000 hari pertama kehidupan. Intervensi berbasis evidence diperlukan untuk menurunkan angka kejadian stunting di Indonesia. Gizi maternal perlu diperhatikan melalui monitoring status gizi ibu selama kehamilan melalui ANC serta pemantauan dan perbaikan gizi anak setelah kelahiran, juga diperlukan perhatian khusus terhadap gizi ibu menyusui. Pencegahan kurang gizi pada ibu dan anak merupakan investasi jangka panjang yang dapat memberi dampak baik pada generasi sekarang dan generasi selanjutnya Pemerintah Indonesia bergabung dalam gerakan global yang dikenal dengan scaling -Up Nutrition (SUN) melalui rancangan dua kerangka besar intervensi stunting. Kerangka intervensi stunting yang dilakukan oleh Pemerintah Indonesia terbagi menjadi dua, yaitu intervensi Gizi Spesifik dan Intervensi Gizi Sensitif. Beberapa Faktor yang dapat mencegah Stunting :

1. Memenuhi Kebutuhan Gizi Sejak Hamil

Tindakan yang relatif ampuh dilakukan untuk mencegah stunting pada anak adalah selalu memenuhi gizi

sejak masa kehamilan. Lembaga kesehatan Millenium Challenge Account Indonesia menyarankan agar ibu yang sedang mengandung selalu mengonsumsi makanan sehat nan bergizi maupun suplemen atas anjuran dokter. Selain itu, perempuan yang sedang menjalani proses kehamilan juga sebaiknya rutin memeriksakan kesehatannya ke dokter atau bidan.

2. Beri ASI Eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan

Veronika Scherbaum, ahli nutrisi dari Universitas Hohenheim, Jerman, menyatakan ASI ternyata berpotensi mengurangi peluang stunting pada anak berkat kandungan gizi mikro dan makro. Oleh karena itu, ibu disarankan untuk tetap memberikan ASI Eksklusif selama enam bulan kepada sang buah hati. Protein whey dan kolostrum yang terdapat pada susu ibu pun dinilai mampu meningkatkan sistem kekebalan tubuh bayi yang terbilang rentan.

3. Dampingi ASI Eksklusif dengan MPASI sehat

Ketika bayi menginjak usia 6 bulan ke atas, maka ibu sudah bisa memberikan makanan pendamping atau MPASI. Dalam hal ini pastikan makanan-makanan yang dipilih bisa memenuhi gizi mikro dan makro yang sebelumnya selalu berasal dari ASI untuk mencegah stunting. WHO pun merekomendasikan fortifikasi atau penambahan nutrisi ke dalam makanan. Di sisi lain, sebaiknya ibu berhati-hati saat akan menentukan produk tambahan tersebut. Konsultasikan dulu dengan dokter.

4. Terus memantau tumbuh kembang anak

Orang tua perlu terus memantau tumbuh kembang anak mereka, terutama dari tinggi dan berat badan anak. Bawa si Kecil secara berkala ke Posyandu maupun klinik khusus anak. Dengan begitu, akan lebih mudah bagi ibu untuk mengetahui gejala awal gangguan dan penanganannya.

5. Selalu jaga kebersihan lingkungan

Seperti yang diketahui, anak-anak sangat rentan akan serangan penyakit, terutama kalau lingkungan sekitar mereka kotor. Faktor ini pula yang secara tak langsung meningkatkan peluang stunting. Studi yang dilakukan di Harvard Chan School menyebutkan diare adalah faktor ketiga yang menyebabkan gangguan kesehatan tersebut. Sementara salah satu pemicu diare datang dari paparan kotoran yang masuk ke dalam tubuh manusia. Semoga informasi ini membantu para ibu mencegah stunting dan meningkatkan kualitas kesehatan anak.

G. Nutrisi yang Wajib Dipenuhi untuk Mencegah Stunting

Risiko stunting dapat dikurangi dengan asupan nutrisi yang cukup. Dilansir dari halaman resmi UNICEF, anak membutuhkan sekitar 40 jenis nutrisi berbeda untuk pertumbuhan optimal. Pencegahan stunting terbaik sebaiknya dilakukan pada masa awal kehamilan. Orang tua disarankan untuk mulai menerapkan pola makan seimbang dan gaya hidup sehat sedini mungkin. Dari awal masa kehamilan, pencegahan stunting dapat dilakukan dengan meningkatkan asupan zat besi dan asam folat untuk ibu. Zat besi penting sebagai pencegah anemia yang menimbulkan risiko bayi lahir dengan berat badan rendah. Ibu bisa mendapatkan asupan zat besi dari kacang-kacangan, sayuran, dan biji-bijian. Sementara itu, asam folat dibutuhkan untuk perkembangan otak dan sumsum tulang belakang bayi, serta meminimalisir timbulnya penyakit bawaan lahir. Zat ini juga dapat menekan risiko gangguan kehamilan hingga 72%. Kegagalan perkembangan organ bayi selama masa kehamilan juga bisa dicegah dengan asam folat.⁵ Asupan asam folat bisa ditemukan pada daging unggas, kuning telur, sayuran hijau, dan masih banyak lagi.

Vitamin A berperan penting dalam pertumbuhan anak. Kekurangan vitamin ini dapat menyebabkan gangguan pada pertumbuhan. Manfaat lain dari vitamin A adalah perannya dalam mendukung daya tahan tubuh dalam mencegah berbagai

infeksi penyakit. Menambah asupan vitamin A pada anak antara usia enam bulan hingga lima tahun dapat mengurangi risiko kematian, diare, dan secara bertahap mengurangi kemungkinan anak mengalami stunting. Vitamin A bisa bersumber dari ikan, daging, dan sumber nabati seperti sayuran berdaun hijau, wortel, ubi, serta mangga. Kinerja vitamin A dalam tubuh didukung pula oleh zinc. Mineral ini berperan penting untuk sintesis RNA dan DNA yang mendukung aktivitas sel dalam tubuh. WHO menganalisis fungsi zinc dalam pertumbuhan anak sebagai penunjang pertumbuhan tinggi badan anak.

Anak yang mendapatkan asupan zinc sebanyak 10 mg per hari selama 24 minggu membantu mendorong pertumbuhan tinggi anak hingga 0.37 (± 0.25) cm dibandingkan dengan yang tidak. Orang tua bisa memberikan asupan zinc lewat olahan telur, daging, ayam, dan kacang merah. Selain itu, risiko stunting juga dapat diminimalisir dengan memberikan kombinasi mikronutrien dan omega 3 pada buah hati Anda. Mikronutrien yang dimaksud adalah Docosahexaenoic acid atau biasa dikenal dengan DHA dan Arachidonic acid (AA) yang esensial bagi tumbuh kembang anak. selain memenuhi nutrisi anak dengan makanan bergizi seimbang, berikan juga si Kecil minuman sehat berupa susu penambah berat badan. Susu jenis ini mengandung protein dan berbagai jenis nutrisi untuk mendukung anak mencapai tinggi badan dan berat badan ideal, serta meningkatkan kecerdasan anak. Susu penggemuk badan untuk anak seperti Nutren Junior direkomendasikan karena mengandung 50% Protein Whey, omega 3, 6, & DHA, probiotik, lemak nabati, nutrisi lengkap, dan juga bebas laktosa.

H. Kebijakan yang Terkait dengan Pencegahan dan Penanggulangan Masalah Stunting

Beberapa kebijakan ditetapkan oleh pemerintah untuk menangani masalah stunting diantaranya :

1. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005–2025.

Undang-undang No. 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang 2005-2025 menyatakan bahwa pembangunan pangan dan perbaikan gizi dilaksanakan secara lintas sektor meliputi produksi, pengolahan, distribusi, hingga konsumsi pangan dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang serta terjamin keamanannya. Selain itu melalui program pembangunan nasional Akses Universal Air Minum dan Sanitasi Tahun 2019, menetapkan bahwa pada tahun 2019, Indonesia dapat menyediakan layanan air minum dan sanitasi yang layak bagi 100% rakyat Indonesia.

2. Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) 2015- 2019.

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.02.02/Menkes/ 52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 menyebutkan bahwa pembangunan kesehatan 2015-2019 adalah program Indonesia sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat. Salah satu sasaran pokok adalah meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak. Dalam RPJMN 2015-2019 telah ditetapkan target penurunan prevalensi stunting balita 0-23 bulan menjadi 28% pada 2019.

3. Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2016-2019.

Kebijakan strategis pangan dan gizi fokus pada: a) ketersediaan pangan, b) keterjangkauan pangan, c) pemanfaatan pangan, d) perbaikan gizi masyarakat, e) penguatan kelembagaan pangan dan gizi.

4. Undang-Undang (UU) No. 36/2009 tentang Kesehatan

Undang-undang Kesehatan No 36 tahun 2009 menyebutkan bahwa arah perbaikan gizi adalah meningkatnya mutu gizi perorangan dan masyarakat melalui perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang, perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik dan

kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi, dan peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.

5. Peraturan Pemerintah (PP) No.33/2012 tentang ASI Eksklusif.

Peraturan Pemerintah No 33 tahun 2012 tentang ASI eksklusif pasal 2 menyatakan bahwa ASI eksklusif diberikan sejak bayi lahir hingga 6 bulan untuk menjamin pertumbuhan dan perkembangan bayi. PP ini diikuti dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Secara Eksklusif Pada Bayi di Indonesia dan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No.15/2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu.

6. Peraturan Presiden (Perpres) No. 42/2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi.

Perpres ini diikuti dengan Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1.000 HPK), penjelasan 1000 HPK akan dibahas pada bab selanjutnya.

7. Permenkes No.3/2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

Perilaku hygiene dan sanitasi ibu/pengasuh dan masyarakat sangat berkaitan dengan derajat kesehatan balita. Bahkan balita merupakan kelompok usia yang paling rentan karena faktor lingkungan

8. Permenkes No.23/2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi.

Permenkes tersebut menyatakan bahwa untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diperlukan upaya perbaikan gizi perseorangan dan perbaikan gizi masyarakat pada seluruh siklus kehidupan sejak dalam kandungan sampai dengan lanjut usia dengan prioritas kelompok rawan gizi.

9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat (PIS-PK) dengan Pendekatan Keluarga

Pasal 2 ayat 1 bahwa 4 (empat) menyebutkan bahwa area prioritas program PIS-PK meliputi : a) penurunan angka kematian ibu dan bayi; b) penurunan prevalensi balita pendek (stunting); c) penanggulangan penyakit menular; dan d). penanggulangan penyakit tidak menular.

10. Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No 188/Menkes/PB/2011 No 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

Dalam peraturan tersebut disebutkan bahwa asap rokok terbukti dapat membahayakan kesehatan individu, masyarakat, dan lingkungan, sehingga perlu dilakukan tindakan perlindungan terhadap paparan asap rokok.

11. Instruksi Presiden RI No 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat Republik Indonesia.

Gerakan masyarakat sehat mendukung pencapaian kesehatan ibu dan anak melalui terciptanya perilaku dan lingkungan hidup yang sehat seperti perhatian pada kesehatan ibu dan anak, mendukung terciptanya kawasan tanpa rokok (KTR), grup/jejaring peduli kesehatan ibu dan anak sehingga persoalan kesehatan dan gizi pada ibu dan anak dapat tertangani dengan baik.

12. Kebijakan pemerintah membentuk Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) pada tahun 2017.

Pemerintah telah membentuk Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) akhir tahun 2017 lalu dengan menetapkan 100 kabupaten/kota prioritas untuk penanggulangan stunting. Rencana aksi intervensi stunting ini akan terus meningkat cakupannya, dari 100 kabupaten/kota di tahun 2018 akan meningkat menjadi 160 kota/kabupaten di tahun 2019, dan bertambah menjadi 390 kota/kabupaten di tahun 2020 hingga mencapai 514 kota/kabupaten di tahun 2021 (www.tnp2k.go.id).

13. Peraturan Pemerintah No 47 tahun 2008 tentang wajib belajar

Pada Bab II pasal 2 ayat 1 menyatakan bahwa wajib belajar mengupayakan masyarakat untuk mendapat pendidikan yang merata dan bermutu. Sedangkan pada Bab VI pasal 7 ayat 6 menyatakan bahwa sanksi administratif akan diberikan kepada penduduk yang mempunyai anak berusia 7 hingga 15 tahun yang tidak mengikuti program wajib belajar. Pendidikan merupakan faktor yang fundamental dalam mengentaskan permasalahan stunting balita, memutus kemiskinan intergenerasi, mencegah perkawinan dini dan kehamilan di usia remaja.

14. Gerakan Pekerja Perempuan Sehat dan Produktif (GP2SP).

GP2SP merupakan revitalisasi dari Gerakan Pekerja Wanita Sehat Produktif (GPWSP), suatu gerakan nasional yang dicanangkan oleh Wakil Presiden Republik Indonesia Tri Sutrisno pada tanggal 14 November 1996. Selanjutnya, pada tanggal 13 November tahun 2012 di Jakarta, GP2SP menjadi kesepakatan bersama antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Asosiasi Pengusaha Indonesia (APINDO) dan Konfederasi Serikat Pekerja Indonesia (KSPSI) untuk meningkatkan sumber daya pekerja perempuan yang sehat dan produktif melalui peningkatan kesehatan dan gizi. Saat ini kesetaraan gender menyebabkan wanita lebih leluasa bekerja di luar rumah, namun peran ganda sebagai pekerja domestik dan pahlawan ekonomi rumah tangga menyebabkan pekerja wanita rentan terhadap masalah gizi, seperti anemia dan kurang gizi kronik. GP2SP berupaya memberikan hak-hak bagi pekerja perempuan, meningkatkan gizi tenaga kerja wanita melalui pemeriksaan kesehatan berkala, skrining anemia, pengukuran status gizi, suplementasi Fe, penyediaan menu makanan bagi pegawai, serta konseling dan pemeriksaan kesehatan reproduksi.

15. Rencana Strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) tahun 2015-2019.

Misi yang tertuang dalam rencana strategis BKKBN yang berkaitan dengan malnutrisi pada anak termasuk stunting adalah: a) mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera (misi ke-4) dan mewujudkan Indonesia yang berdaya saing (misi ke-5). Dalam kaitannya mewujudkan keluarga yang sehat sejahtera, BKKBN telah menetapkan arah strategi dalam menyelenggarakan pembangunan bidang kependudukan dan KB yaitu: a) peningkatan akses dan pelayanan KB yang merata dan berkualitas; b) advokasi dan KIE tentang kependudukan dan KB, c) pembinaan ketahanan remaja yang dilakukan melalui Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) dan mendorong kegiatan remaja yang positif dengan meningkatkan status kesehatan dan mendapatkan pendidikan, d) memahami nilai-nilai pernikahan, e) mencegah kehamilan yang tidak dikehendaki, f) peningkatan pembinaan remaja tentang Generasi Berencana (GenRe), g) pengembangan dan peningkatan fungsi dan peran kegiatan kelompok Bina Keluarga Remaja untuk meningkatkan kepedulian keluarga dan pengasuhan kepada anak dan remaja, h) peningkatan pembangunan keluarga dan KIE tentang pentingnya pengasuhan tumbuh kembang anak dan pentingnya keluarga berencana, dan i) mengembangkan Kampung KB sebagai program lintas sektor.

16. Permenkes RI No 40 Tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Pajak Rokok untuk Pendanaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Pasal 1 menyatakan bahwa pajak rokok digunakan secara tepat guna dan tepat sasaran untuk memenuhi pelayanan kesehatan masyarakat yang optimal, termasuk kegiatan pencegahan dan penanggulangan penyakit serta peningkatan kesehatan masyarakat. Pada pasal 2 ayat 1 disebutkan bahwa pajak rokok digunakan untuk upaya promotif dan preventif, bertujuan untuk

menurunkan faktor risiko penyakit tidak menular, b) Faktor risiko penyakit menular termasuk imunisasi, c) promosi kesehatan, d) kesehatan keluarga, e) gizi, f) kesehatan lingkungan, g) kesehatan kerja dan olahraga, h) pengendalian konsumsi rokok dan produk tembakau lainnya; dan i) pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Disebutkan pula pada pasal 2 ayat 3 bahwa sedikitnya 75% pajak rokok digunakan untuk pendanaan kegiatan tersebut.

BAB 8

PERAN PEMERINTAH MENANGANI STUNTING

Umbu Putal Abselian, S.Kep., Ns

A. Pendahuluan

Indonesia merupakan salah satu negara di dunia dengan insiden stunting yang sangat tinggi. Berdasarkan Laporan Pemantauan Status Gizi (PSG) tiga tahun terakhir bahwa Balita dengan Stunting memiliki prevalensi yang lebih tinggi. Masalah gizi pada balita meliputi anak kurus, kerdil, dan defisit mikronutrien tertentu. Hal ini menjadi perhatian global khususnya pada negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Stunting merupakan gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak yang disebabkan oleh kekurangan gizi, penyakit infeksi, atau kurangnya stimulasi. Risiko jangka pendek dari Stunting adalah peningkatan morbiditas dan mortalitas, kelainan perkembangan, dan peningkatan biaya perawatan dan pengobatan pada anak yang tidak sehat/sakit. Hal ini akan berdampak pada produktivitas kerja, fokus belajar, dan terganggunya kesehatan reproduksi. (Sudikno, 2019) (Sudikno, 2019).

Stunting merupakan suatu kondisi yang terjadi pada anak balita dengan periode kekurangan gizi berkepanjangan, infeksi berulang. Stunting disebabkan oleh kondisi kesehatan remaja, kondisi ibu hamil, pola makan balita yang tidak sesuai, faktor ekonomi masyarakat, sanitasi buruk dan minimnya akses layanan kesehatan. Laporan Pemantauan Status Gizi (PSG) menunjukkan bahwa Prevalensi Balita stunting meningkat dari

27,5% pada tahun 2016 menjadi 29,6% tahun 2017 dan pada tahun 2020 balita dengan stunting mencapai 24.2 %. (Kemenkes RI, 2018).

Pertumbuhan dan perkembangan anak balita dapat terhambat oleh karena masalah stunting yang selanjutnya terjadi penurunan kecerdasan pada anak, kerentanan terhadap penyakit, penurunan produktivitas, kemiskinan, dan kemungkinan melahirkan bayi dengan berat badan kurang (BBLR). Asupan nutrisi bagi bayi selama 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) merupakan langkah penting dalam upaya menekan prevalensi stunting. Beberapa faktor yang mendukung pencegahan stunting dalam Pelayanan kesehatan seperti pelayanan Ante Natal Care (pelayanan kesehatan ibu selama kehamilan), dan perawatan pasca melahirkan. Faktor lain yang mendukung adalah pola asuh baik, informasi kesehatan dan gizi sebelum hamil dan setelah ibu melahirkan. (Yanuar et al., 2022)

Satu dari empat anak di Indonesia menderita Stunting, hal ini akan berdampak pada generasi emas Indonesia di tahun 2045. Angka stunting di Indonesia diprediksi menurun menjadi 14% pada tahun 2024, namun pada kenyataannya pada tahun 2021 terdapat bayi baru lahir sudah mengalami stunting sebanyak 24%. Karena itu Intervensi Stunting harus dimulai sejak sang ibu masih usia remaja. Antara Stunting dan balita normal berbeda satu sama lain dalam hal tinggi badan, balita dengan stunting terlihat lebih pendek dari balita lain seusianya. Konsekuensi jangka panjang dari stunting adalah otak tidak berkembang dengan baik. (Kementerian Bappenas, 2021)

Upaya yang dilakukan Pemerintah untuk Pencegahan Stunting yaitu: (The World Bank, 2019)

1. Aksi Gerakan Bergizi, Mengembangkan rutinitas olahraga, makan pagi, dan menggunakan suplemen zat besi untuk mengurangi anemia pada remaja usia sekolah
2. Kampanye Kehamilan Sehat, Wanita hamil harus diperiksa di fasilitas kesehatan yang memadai untuk menjamin kesehatannya.

3. Gerakan Posyandu aktif, untuk memperluas pemantauan tumbuh kembang anak di Posyandu dan deteksi dini gizi buruk dan stunting
4. Gerakan Jambore Kader, meningkatkan kemampuan kader dalam memberikan layanan
5. Untuk mencegah stunting, maka penting menginformasikan pada masyarakat melalui langkah ABCDE yaitu :
 - a. Mengonsumsi Suplemen Tablet Tambah Darah (TTD)**
 - 1) Konsumsi TTD bagi remaja putri 1 tablet seminggu sekali.
 - 2) Konsumsi TTD bagi Ibu hamil 1 tablet setiap hari (minimal 90 tablet selama kehamilan)
 - b. Ibu Hamil wajib periksa kehamilan minimal 6 kali**
 - 1) Periksa kehamilan minimal 6 (enam) kali, 2 (dua) kali oleh dokter menggunakan USG
 - c. Cukup konsumsi protein hewani**
 - 1) Konsumsi protein hewani setiap hari bagi bayi usia di atas 6 bulan
 - d. Datang ke Posyandu setiap bulan**
 - 1) Datang ke posyandu setiap bulan untuk melakukan pemantauan pertumbuhan (timbang dan ukur) dan perkembangan, serta imunisasi balita
 - e. Eksklusif ASI 6 bulan**
 - 1) ASI eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai usia 2 tahun.

Untuk mencapai penurunan stunting maka diperlukan penurunan stunting 2,7 persen setiap tahun. Dengan melihat angka stunting pada tahun 2021 sebesar 24,4% maka Pemerintah menerapkan dua langkah komprehensif yaitu intervensi khusus dan intervensi sensitif. Intervensi khusus meliputi pengawasan ibu sebelum dan selama kehamilan, pengawasan bayi dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Sedangkan untuk intervensi sensitif dilakukan melalui berbagai kegiatan diluar kesehatan yang berkolaborasi dengan lintas sektor. Dengan demikian pencegahan stunting harus dilakukan sebelum dan sesudah kelahiran. Kekurangan gizi ibu hamil beresiko anak

lahir dalam kondisi stunting, begitu juga jika kekurangan protein hewani dan Makanan Pendamping Asi dapat berisiko stunting (Sudikno, 2019).

B. Tujuan

Percepatan pencegahan stunting merupakan tujuan utama dari rencana strategi nasional yaitu :

1. Memastikan pencegahan stunting menjadi prioritas pemerintah di semua tingkatan;
2. Meningkatkan kesadaran masyarakat dan merubah perilaku masyarakat untuk mencegah stunting;
3. Mendorong konsolidasi, koordinasi program inisiatif desa, daerah, dan nasional;
4. Memperluas serta mendorong ketersediaan dan ketahanan pangan yang sehat;
5. Meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai bentuk tanggung jawab pemerintah dalam memastikan pelayanan yang berkualitas.

Untuk menjamin tercapainya target prevalensi stunting tahun 2025 yang ditetapkan oleh World Health Assembly (WHA), maka diupayakan penanganan kekurangan gizi demi percepatan eliminasi stunting dengan mempertimbangkan tren penurunan stunting dari penyebab langsung seperti berat badan lahir rendah (BBLR), asupan nutrisi prenatal, dan penurunan angka diare.

Terdapat tiga skenario pencegahan stunting pada anak dibawah dua tahun (baduta). Skenario pertama (**pesimis**), upaya menurunkan stunting 1-1.5% pada anak balita setiap tahun. Skenario kedua (**sedang**), Dengan upaya lebih, maka angka stunting pada balita akan turun 1,5-2% per tahun dan memenuhi target WHA dan TPB. Skenario ketiga (**optimis**) memprediksi bahwa dengan optimisme angka stunting pada balita akan turun sekitar 2-2,5% tahun.

C. Dasar Hukum, Kebijakan, dan Kendala Implementasi

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang mengatur tentang pelaksanaan upaya peningkatan gizi masyarakat, termasuk arah, tujuan, dan strategi pelaksanaannya.

Ada empat cara meningkatkan standar gizi bagi individu maupun masyarakat secara umum yaitu :

- a. Memodifikasi kebiasaan konsumsi makanan untuk mempromosikan gizi seimbang;
 - b. Meningkatkan kesadaran diet, aktivitas fisik, dan kesehatan;
 - c. Peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sejalan dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi;
 - d. Meningkatkan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.
2. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2012 yang mengatur tentang kewajiban Pemerintah Pusat dan Daerah tentang status gizi masyarakat terutama dalam hal pangan meliputi:
 - a. Menyusun rencana aksi pangan dan Gizi setiap 5 tahun
 - b. Menetapkan kebijakan Program untuk menurunkan stunting
 - c. Melakukan Pencegahan stunting melalui intervensi gizi terpadu (intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif)
 3. Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 yang mengatur tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) dalam kerangka 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)

D. Komitmen Nasional Pencegahan Stunting

Pemerintah memiliki komitmen yang kuat dalam pencegahan stunting dengan berkoordinasi multisektoral dengan sinkronisasi program nasional dari Pemerintah Pusat dan Daerah sampai pada tingkat masyarakat lokal. Pencegahan stunting didasarkan pada lima pilar, yaitu:

1. Gizi dan ketahanan pangan;
2. Koordinasi dan konsolidasi Program pusat, Daerah, dan Desa;

3. Komitmen dan visi kepemimpinan;
4. Kampanye nasional tentang perubahan perilaku;
5. Mengidentifikasi wilayah prioritas stunting dan strategi percepatan pencegahan dengan menunjuk kementerian/ lembaga untuk monitoring dan evaluasi.

E. Sasaran

Prioritas utama percepatan penurunan Stunting adalah ibu hamil, bayi dengan BBLR, anak dibawah usia tiga tahun, dan bayi dengan 1.000 HPK. Masa ini merupakan masa paling krusial karena mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu anemia dan Kekurangan Energi Kronis (KEK), hal ini disebabkan karena pola Asuh yang salah, pemberian makan yang tidak memenuhi syarat kesehatan, dan masa menyusui yang tidak tepat (0-23 bulan)

Menurut hasil Riset kesehatan dasar bahwa pola makan yang buruk menyebabkan rendahnya pertumbuhan dan perkembangan pada bayi dan anak-anak. Akibatnya, prevalensi stunting semakin meningkat dari 29% (usia 0-6 bulan), 39% (usia 6-11 bulan), dan 42% (usia 24-35 bulan). Stunting tidak hanya dipengaruhi oleh kualitas gizi anak dan ibu hamil, dan bayi pada 1.000 HPK, tetapi gizi ibu pada tahun-tahun sebelumnya terutama pada masa prakonsepsi, wanita usia subur dan anak remaja. (Kementerian Bappenas, 2018)

F. Strategi Pencapaian

Strategi yang digunakan Pemerintah untuk mencapai tujuan penurunan stunting yaitu : (Kemenkes RI, 2018)

1. Penyampaian pesan dan media informasi yang efisien, efektif, tepat sasaran, konsisten, dan berkelanjutan demi mencapai perubahan perilaku masyarakat.
2. Peran serta lembaga pendidikan dan keagamaan, organisasi masyarakat, organisasi profesi, LSM dan lain-lain, untuk menyampaikan informasi stunting dalam lingkungan sosiokultural.

3. Komunikasi interpersonal yang dikembangkan sesuai kebutuhan melalui Posyandu, kunjungan rumah, konseling perkawinan, konseling remaja, dan lain sebagainya.
4. Advokasi berkelanjutan pada pengambil kebijakan.
5. Mengembangkan kapasitas pengelola program akan pengetahuan, pelatihan secara efektif dan strategi komunikasi yang baik.

G. Kerangka Penyebab dan Pendekatan

Strategi Nasional Pencegahan stunting berfokus pada penanganan penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung stunting seperti akses terhadap makanan bergizi, lingkungan sosial, pola asuh anak, akses pelayanan kesehatan dan pengobatan, kesehatan lingkungan, dan ketersediaan sarana air bersih. Unsur-unsur tersebut sangat berdampak kesehatan ibu dan anak. Penyebab tidak langsung stunting dipengaruhi oleh pendapatan ekonomi masyarakat, urbanisasi, ketahanan pangan dan jaminan sosial. Kondisi seperti ini diperlukan dukungan pemerintah antara lain :

1. Komitmen politik dan kebijakan pelaksanaan;
2. Kerjasama pemerintah dan lintas sektor;
3. Kemampuan melaksanakan kegiatan
4. Strategi yang komprehensif untuk mencegah stunting

H. Intervensi Gizi Spesifik

Intervensi gizi spesifik secara khusus menangani tiga faktor penyebab stunting yaitu 1) Asupan makanan dan gizi yang cukup; 2) pemberian makanan, perawatan, dan pola asuh; 3) Pengobatan penyakit infeksi. Dari tiga kategori tersebut maka diperlukan intervensi gizi spesifik sebagai berikut:

1. Intervensi prioritas, intervensi yang ditargetkan pada skala prioritas yang berdampak pada pencegahan stunting.
2. Intervensi pendukung, intervensi yang diprioritaskan setelah intervensi prioritas yang berdampak pada masalah gizi dan masalah kesehatan.

3. Intervensi kebutuhan, intervensi berdasarkan kebutuhan tertentu, seperti situasi darurat gizi (program gizi darurat). Intervensi spesifik dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 8. 1 Intervensi Spesifik

Kelompok sasaran	Intervensi prioritas	Intervensi pendukung	Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu
Kelompok sasaran 1000 Hari Pertama Kelahiran			
 <p>Ibu Hamil</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin dan Kurang Energi Kronik (KEK) ▪ Suplementasi tablet tambah darah 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementasi kalsium ▪ Pemeriksaan kehamilan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perlindungan dari malaria ▪ Pencegahan HIV
 <p>Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promosi dan konseling menyusui ▪ Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak ▪ Tata laksana gizi buruk ▪ Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementasi kapsul vitamin A ▪ Suplementasi taburia ▪ Imunisasi ▪ Suplementasi zinc untuk pengobatan diare ▪ Manajemen terpadu balita sakit 	<p>Pencegahan kecacingan</p>

Kelompok sasaran	Intervensi prioritas	Intervensi pendukung	Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemantauan dan promosi pertumbuhan 		
Kelompok sasaran usia lainnya			
 <p>Remaja putri dan wanita usia subur</p>	<p>Suplementasi tablet tambah dara</p>		
 <p>Anak usia 24-59 bulan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tata laksana gizi buruk ▪ Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus ▪ Pemantauan dan promosi pertumbuhan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementasi kapsul vitamin A ▪ Suplementasi taburia ▪ Suplementasi zinc untuk pengobatan diare ▪ Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) 	<p>Pencegahan kecacangan</p>

I. Intervensi Gizi Sensitif

Yang termasuk intervensi gizi sensitif adalah:

1. Memperluas ketersediaan makanan bergizi;
2. Meningkatkan kesadaran dan komitmen terhadap pemeliharaan gizi ibu dan anak;
3. Meningkatkan ketersediaan dan standar pelayanan gizi dan kesehatan
4. Meningkatkan ketersediaan sanitasi dan sarana air bersih.

Pemerintah telah melaksanakan sebagian besar intervensi gizi sensitif pada sasaran populasi. Beberapa program dan kegiatan intervensi dapat ditunjukkan dalam bentuk tabel yang bisa dimodifikasi sesuai kondisi masyarakat setempat.

Tabel 8. 2 Intervensi Sensitif

Jenis intervensi	Program/kegiatan intervensi
Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akses air minum yang aman ▪ Akses sanitasi yang layak
Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akses pelayanan Keluarga Berencana (KB) ▪ Akses Jaminan Kesehatan (JKN) ▪ Akses bantuan uang tunai untuk keluarga kurang mampu (PKH)
Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyebarluasan informasi melalui berbagai media ▪ Penyediaan konseling interpersonal terkait perubahan perilaku ▪ Penyediaan konseling pengasuh untuk orang tua ▪ Penyediaan akses Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuh-kembang anak ▪ Penyediaan konseling kesehatan dan reproduksi remaja ▪ Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
Peningkatan akses pangan bergizi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akses bantuan pangan non tunai (BPNT) untuk keluarga kurang mampu ▪ Akses fortifikasi bahan pangan utama (garam, tepung terigu,

Jenis intervensi	Program/kegiatan intervensi
	minyak goreng) <ul style="list-style-type: none">▪ Akses kegiatan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)▪ Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan

BAB 9

PERAN LINTAS SEKTOR DALAM MENANGGULANGI STUNTING

Uliyatul Laili, SST., M.Keb

A. Pendahuluan

Stunting merupakan suatu kondisi gagal tumbuh pada anak balita yang diakibatkan oleh kurangnya asupan zat gizi kronis yang terjadi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). (BPPK, 2018) Pada tahun 2020, berdasarkan data laporan kinerja kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa balita stunting sebesar 11,6% dari target 24,1%. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024 menetapkan target/ sasaran penurunan stunting pada anak usia dibawah 2 tahun sebesar 14%.(Ditjen Bina Pembangunan Daerah, 2023)

Faktor Penyebab Stunting tidak hanya pada faktor gizi, yaitu tidak hanya sekedar masalah kekurangan makanan dan masalah kesehatan, tetapi juga karena pola asuh. Faktor pola asuh yang berkaitan dengan stunting meliputi pemberian pengetahuan tentang Kesehatan dan gizi, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif dan dilanjutkan menyusui sampai dengan 2 tahun disertai dengan pemberian MP-ASI.(Elan Satriawan, 2018) Selain itu, faktor penting lainnya adalah kemiskinan dan kepemimpinan. Oleh karena itu, masalah stunting tidak hanya memberikan dampak Kesehatan, tetapi juga dampak pertumbuhan penduduk dan dampak ekonomi (Pungkas Bahjuri Ali, 2018) Berdasarkan faktor penyebab dan dampak yang ditimbulkan, maka penanganan masalah stunting harus melibatkan multisektor melalui intervensi penanganan stunting

terintegrasi. Tantangan percepatan pencegahan stunting secara terintegrasi yaitu:

1. Belum efektif dan meluasnya upaya pencegahan stunting.
2. Belum optimalnya koordinasi penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif.
3. Belum efektifnya pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya dan sumber dana.
4. Terbatasnya kapasitas penyelenggara program
5. Belum optimalnya advokasi, peningkatan kesadaran masyarakat dan sosialisasi terkait stunting, serta keterlibatan warga.

B. Logical Framework Intervensi Terintegrasi

Logical framework intervensi terintegrasi dalam penurunan stunting merupakan suatu pendekatan perencanaan program yang disusun secara logis dengan menentukan adanya indikator yang jelas dalam mengukur hasil yang dicapai melalui penilaian, monitoring dan evaluasi. Selain itu, logical Framework juga disebut sebagai alat untuk perencanaan, monitoring dan evaluasi dari project/program yang membutuhkan pengetahuan dan informasi yang cukup sehingga dapat digunakan sebagai alat perencanaan program/project.

Intervensi konvergensi dalam penurunan stunting terdapat 5 pilar utama, yaitu

1. Pilar 1 : Komitmen dan Visi Kepemimpinan
2. Pilar 2 : Kampanye Nasional dan Perubahan Perilaku
3. Pilar 3 : Konvergensi Program Pusat, Daerah dan Desa
4. Pilar 4 : Ketahanan Pangan dan Gizi
5. Pilar 5 : Pemantauan dan Evaluasi

Dari lima pilar tersebut dapat diuraikan beberapa bentuk intervensi yang dapat dilakukan oleh lintas program. Bentuk intervensi dari lima pilar tersebut adalah :

1. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil dan remaja

Pemberian tablet tambah darah pada remaja dan ibu hamil bertujuan untuk memenuhi kebutuhan asupan zat besi, guna mempersiapkan kehamilan dan proses persalinan yang

sehat. Pada ibu hamil, tablet tambah darah diberikan sebanyak 90 tablet selama kehamilan.(Direktorat Gizi Masyarakat, 2020)

2. Promosi dan konseling menyusui

Upaya promosi dan edukasi pemberian ASI Eksklusif dilakukan di media cetak maupun elektronik. Program pemberian ASI Eksklusif telah diatur oleh pemerintah melalui Peraturan Pemerintah No.33 Tahun 2012. Standar ideal (golden standard) yang direkomendasikan oleh WHO untuk memberikan ASI eksklusif sebagai upaya menurunkan stunting yaitu :

- a. Pemberian ASI eksklusif sejak bayi lahir.
- b. Pemberian MP-ASI mulai 6 bulan
- c. Pemberian ASI dilanjutkan sampai dengan usia 2 tahun.

3. Promosi dan konseling PMBA

Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) merupakan kelanjutan dari program ASI Eksklusif dan MP-ASI. Pada upaya promosi dan konseling PMBA, telah disediakan modul pelatihan konseling pemberian makanan bayi dan anak bagi fasilitator maupun *master of trainer* untuk melaksanakan kegiatan supaya sesuai dengan sasaran yang dituju. [Kemenkes - Modul Pelatihan Konseling PMBA \(3661 downloads\)](#) (Kementerian Kesehatan RI, 2022)

4. Suplemen gizi makro (PMT)

Zat gizi makro merupakan zat gizi yang diperlukan oleh tubuh dalam jumlah besar, yaitu karbohidrat, lemak dan protein.

5. Tata laksana gizi buruk

Upaya pengelolaan gizi buruk terintegrasi perlu diperluas untuk meningkatkan cakupan dan kualitas layanan penanganan dengan buruk di Indonesia. <http://appx.alus.co/direktoratgiziweb/katalog/pedoman-pencegahan-dan-tatalaksana-gizi-buruk-pada-balita-final-03.pdf> (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

- a. Pemantauan dan promosi pertumbuhan
- b. Suplementasi kalsium
- c. Suplementasi vitamin A
- d. Suplementasi zinc untuk diare
- e. Pemeriksaan kehamilan
- f. Imunisasi
- g. Suplemen gizi mikro (Taburia)
- h. Pemberian obat cacing
- i. Manajemen terpadu balita sakit
- j. Air bersih dan sanitasi
- k. Bantuan pangan non-tunai
- l. Jaminan Kesehatan nasional (JKN)
- m. Pendidikan anak usia dini (PAUD)
- n. Program keluarga harapan (PKH)
- o. Bina keluarga balita (BKB)
- p. Kawasan rumah pangan lestari (KRPL)
- q. Fortifikasi pangan

Selain beberapa intervensi tersebut, terdapat intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi spesifik melalui pendekatan multi sektor dalam upaya pencegahan stunting.

1. Intervensi gizi spesifik melalui Kemenkes
 - a. Promosi ASI Eksklusif, MP-ASI
 - b. Suplementasi gizi makro dan mikro (PMT, TTD, Vitamin A, taburia, zink, kalsium)
 - c. Penanganan kekurangan gizi
 - d. Pemberian obat cacing
 - e. Surveilans gizi (pemantauan pertumbuhan dan perkembangan)
2. Intervensi Gizi Sensitif
 - a. Kemendikbud
 - 1) Integrasi PAUD dan Kelompok Bermain dengan BKB dan Posyandu.
 - 2) Kelas *Parenting* serta pelaksanaan kegiatan UKS di sekolah
 - 3) Pelatihan guru dan tenaga kependidikan

- b. Kementerian PU & PR
Dinas PUPR berfokus untuk menyiapkan air bersih dan sanitasi yang baik.
- c. Kementerian perin
Fortifikasi produk pangan
- d. Kementerian pertahanan
Bentuk kegiatan ketahanan pangan yaitu optimalisasi reproduksi hewan.
- e. Kementerian sosial
Bantuan pangan non-tunai, PKH
- f. BPOM
Berfokus pada keamanan pangan dalam bentuk :
 - 1) Pemanfaatan pekarangan/KRPL Desa Mandiri Pangan
 - 2) Desa panga aman
- g. BKKBN
Kesehatan reproduksi, pembinaan keluarga balita
- h. Kemenag
Bimbingan perkawinan dan sosialisasi tokoh agama
- i. PPPA
Sosialisasi gizi bagi anak dan keluarga, pengasuhan anak yang berkualitas dengan melibatkan peran ayah dalam pengasuhan, peran keluarga dalam mendukung kesetaraan gender serta usia pernikahan pada anak.
- j. KKP
Pemasaran dan promosi hasil kelautan
- k. KemenristekDikti
Edukasi dan pendampingan masyarakat (Program KKN)

C. Peran Lintas Sektor dalam Penurunan Stunting

Penurunan stunting membutuhkan peran serta dari lintas sektor terkait diantaranya:

1. Pemerintah

Upaya yang dapat dilakukan oleh pemerintah diantaranya yaitu Gerakan 1000 HPK (Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi) 2011-2015, selanjutnya tertuang dalam Perpres No. 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dan dilanjutkan Perpres 83 tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi. Semua upaya tersebut dengan tujuan yaitu untuk percepatan Perbaikan Gizi di Indonesia. Kebijakan-kebijakan tersebut dalam pelaksanaannya meliputi:

- a. Integrasi dan sinkronisasi
- b. Pelaksanaan intervensi
- c. Penggerakan *multistakeholder*
- d. Pemantauan

2. Mitra pembangunan

- a. Dukungan teknis
- b. Studi dan *Piloting* praktik baik

Contoh praktik baik intervensi gizi spesifik dan sensitif :

- 1) Pelatihan pendamping PKH dan pengembangan modul gizi & kesehatan
- 2) Kerjasama Dinas Sosial dengan tokoh masyarakat dan jurnalis
- 3) Kerjasama Dinas Kesehatan dengan Kader Posyandu

3. Dunia Usaha

- a. Perbaikan gizi karyawan
- b. Aspek produksi
- c. Edukasi masyarakat, CSR

4. Perguruan Tinggi dan Organisasi Profesi

- a. Pengembangan program

Organisasi profesi dalam hal ini baik profesi Kesehatan ataupun lainnya bekerjasama terintegrasi dalam penyusunan pengembangan program yang telah ada ataupun program baru dengan tujuan untuk menurunkan angka stunting.

- b. Pelatihan
- c. Pendampingan masyarakat

5. Masyarakat Madani dan Media Massa

a. Edukasi masyarakat

Edukasi kepada masyarakat perlu dilakukan secara kontinyu dan berkesinambungan. Pemberian edukasi ini diharapkan dapat merubah perilaku masyarakat.

b. Pelatihan

Pemberian pelatihan dapat diberikan kepada kader Kesehatan/ tim pendamping keluarga yang secara langsung bergerak dan berinteraksi dengan masyarakat. Kegiatan pelatihan sudah banyak diberikan kepada kader dalam bentuk pelatihan pengukuran tumbuh kembang, penilaian status gizi dan lainnya.

c. Pemantauan

Data penelitian juga menunjukkan bahwa peran lintas sektor dalam hal kolaborasi sistem tata Kelola cukup efektif untuk menurunkan stunting, salah satunya di Kabupaten Nganjuk. Bentuk kolaborasi lintas sektor tersebut dapat terwujud dengan baik melalui kebijakan masing-masing, dalam hal ini pemerintah desa berperan dalam merumuskan kebijakan untuk alokasi anggaran melalui dana desa untuk mendukung kegiatan desa dalam menurunkan stunting. Sedangkan, di sisi lain tenaga profesi dalam hal ini bidan terlibat dalam penyuluhan KB dan mendampingi program yang dilakukan oleh tim pendamping keluarga. Kendati penurunan stunting telah melibatkan lintas sektor, tentunya masih terdapat beberapa kendala yang ditemukan yaitu tentang pola asuh, pengetahuan serta perilaku masyarakat. (Imron et al., 2022)

Upaya lintas sektor lainnya yang dapat dilakukan untuk menurunkan stunting melalui sector profesi yaitu pada lini puskesmas dapat melakukan standar pelayanan minimal. Standar pelayanan Minimal tersebut yaitu :

1. Menetapkan target capaian dalam menurunkan stunting guna mendukung target nasional yang telah ditetapkan.
2. Menyusun rencana kegiatan, dokumen perencanaan termasuk dengan anggaran kegiatan dalam upaya penurunan stunting.
3. Meningkatkan alokasi dan efektifitas penggunaan dana untuk penurunan stunting
4. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan dari program penurunan stunting. (BPPK, 2018)

Salah satu sektor yang juga berperan dalam rangka penurunan stunting adalah Kader Pembangunan Manusia (KPM). KPM berperan dalam upaya monitoring dan fasilitasi konvergensi penurunan stunting. peran tersebut dapat terlaksana dengan baik apabila semua kader yang terlibat telah mendapatkan pelatihan baik untuk pencatatan, pelaksanaan kegiatan maupun untuk melaporkan hasil kegiatan sehingga dapat dilakukan monitoring dan evaluasi. (Muslimah and Widjaja, 2022) Hasil riset lainnya yang berjudul Peran Kepala Puskesmas Dalam Menggerakkan Lintas Sektor Untuk Menurunkan Stunting di masa Pandemi menunjukkan bahwa sebesar 70% faktor terjadinya stunting adalah di luar sektor Kesehatan. (Aim et al., 2021) Penurunan Stunting dengan melibatkan peran serta lintas sektor baik pemerintah, swasta maupun masyarakat terwujud dalam delapan aksi integrasi intervensi penurunan stunting.



Gambar 9. 1 Delapan Aksi Integrasi Intervensi Penurunan Stunting

Aksi integrasi adalah instrumen dalam bentuk kegiatan yang digunakan untuk meningkatkan pelaksanaan integrasi intervensi gizi dalam penurunan stunting. Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) merupakan leading sector dan koordinator pada delapan AKSI konvergensi stunting. (Permanasari et al., 2020) Pada tingkat daerah, Bappeda memiliki tugas sebagai perencana dan pengarah dalam menjalankan proses pemerintahan. Selain itu, Bappeda juga melakukan koordinasi antar lembaga yang berada dalam naungannya.

Dinas Kesehatan dalam delapan aksi integrasi intervensi penurunan stunting berperan menjadi penanggung jawab dalam pengukuran dan publikasi stunting. Jenis kegiatan yang dapat dilakukan yaitu dengan bina keluarga baduta dan bina keluarga remaja, pemberian KIE. Kegiatan lain yang dilakukan oleh dinas Kesehatan yakni melakukan sosialisasi, orientasi dan advokasi surveilans Kesehatan dan gizi.

BAB

10

PERAN DUNIA PENDIDIKAN DAN MEDIA DALAM MENGATASI STUNTING

Mayurni Firdayana Malik, SKM, M. Kes

A. Metode Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut, maka masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut pada akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Dengan kata lain dengan adanya pendidikan kesehatan atau yang biasa disebut dengan promosi kesehatan tersebut diharapkan dapat membawa akibat atau pengaruh terhadap perubahan perilaku kesehatan dari sasaran (Notoatmodjo, 2018).

Pendidikan kesehatan menurut WHO adalah proses membuat orang mampu meningkatkan dan memperbaiki kesehatan mereka. Sedangkan tujuan dari pendidikan kesehatan menurut undang-undang Kesehatan no. 23 tahun 1992 maupun WHO yakni meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan baik fisik, mental dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial, pendidikan kesehatan di semua program kesehatan baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya (Wahit, dkk. 2007).

Mubarak, dkk (2007) mengungkapkan bahwa promosi/ pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses di mana proses tersebut mempunyai masukan (*Input*) dan keluaran (*Output*). Di Dalam suatu proses pendidikan kesehatan yang menuju tercapainya tujuan promosi kesehatan yakni perubahan perilaku yang dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan disamping faktor masukannya sendiri juga faktor metode, faktor materi dan pesannya, pendidik atau petugas yang melakukannya, dan alat-alat bantu atau media yang digunakan untuk menyampaikan pesan. Agar dicapai suatu hasil yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus bekerjasama secara harmonis. Hal ini berarti bahwa untuk masukan atau sasaran pendidikan tertentu harus menggunakan cara tertentu pula. Materi juga harus disesuaikan dengan sasaran. Demikian juga alat bantu pendidikan disesuaikan. Untuk sasaran kelompok, maka metodenya harus berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual (Notoatmodjo, 2018).

Di bawah ini akan diuraikan beberapa metode promosi kesehatan atau pendidikan individual, kelompok dan massa (Publik). Menurut Notoatmodjo diantaranya :

1. Metode Individual (perorangan).

Dalam pendidikan kesehatan, metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan atau *inovasi*. Misalnya, Seorang Ibu yang anaknya baru saja melahirkan dan membawa anaknya ke posyandu untuk diberikan imunisasi, dan mendengarkan penyuluhan tentang Stunting serta pentingnya gizi terhadap ibu dan bayinya. Perorangan di sini tidak hanya berarti harus ibu yang bersangkutan , tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga dari ibu tersebut.

Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap yang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat

serta membantunya maka perlu menggunakan metode(cara) ini. Bentuk pendekatan ini, antara lain :

a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas kesehatan lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek atau dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran , dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

b. Interview (Wawancara)

Cara ini merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan untuk mempengaruhi apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian atau kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

c. Metode kelompok

Dalam memilih *metode* kelompok , harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas metode akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

d. Kelompok Besar.

Yang dimaksud dengan kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.

1) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ini.

Persiapan:

- a) Ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi yang akan diceramahkan.
- b) Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema.
- c) Mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran, misalnya makalah singkat atau slide, transparan atau alat infocus, sound sistem, dan sebagainya.

Pelaksanaan :

- a) Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah dapat menguasai sasaran , penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut :
- b) Sikap dan penampilan yang menyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah
- c) Suara hendaknya cukup jelas dan keras
- d) Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah
- e) Berdiri di depan atau di tengah , seyogyanya tidak duduk
- f) Menggunakan alat-alat bantu lihat(AVA) semaksimal mungkin

2) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian atau presentasi diri seorang ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan hangat di masyarakat

3) Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan kurang dari 15 orang. Metode metode yang cocok untuk kelompok kecil antara lain :

a) Diskusi kelompok

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi

dalam diskusi, maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadapan-hadapan atau saling memandangi satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi juga duduk diantara para peserta diskusi sehingga tidak menimbulkan kesan ada yang lebih tinggi. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang akan dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup maka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur sedemikian rupa sehingga semua orang dapat kesempatan untuk berbicara, sehingga tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta.

b) Curah Pendapat (*Brainstorming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya, pada permulaan pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart* atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh dikomentari oleh siapapun. Baru setelah semua anggota mengeluarkan pendapatnya.

c) Bola Salju (*Snow Balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang terdiri dari 2 orang) dan kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2 pasangan bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut dan mencari

solusinya. Kemudian 2 pasang yang beranggotakan 4 orang bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan seterusnya sehingga akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

d) Kelompok-kelompok Kecil (*Buzz Group*)

Langsung di bagi kelompok-kelompok kecil yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok yang lain, mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya hasil diskusi dari setiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

e) Memainkan Peran (*Role Play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai peran tertentu untuk memainkan peranan, misalnya Dokter, Perawat atau Bidan dan anggotanya adalah masyarakat atau pasien. Mereka memperagakan, Misalnya bagaimana interaksi atau komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

f) Permainan Simulasi (*Simulation Game*)

Metode ini merupakan gabungan antara role play dan diskusi kelompok, Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli

4) Metode Massa

Metode pendidikan kesehatan secara massa dipakai untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditunjuk kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik.

Beberapa contoh metode pendidikan kesehatan secara massa, diantaranya :

5) Ceramah Umum (*Public Speaking*)

Pada acara tertentu, misalnya pada hari kesehatan nasional, Menteri kesehatan atau pejabat lainnya berpidato dihadapan massa atau rakyat yang

- menyampaikan pesan-pesan kesehatan seperti pencegahan stunting.
- 6) Pidato-pidato atau diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV ataupun radio. Pada hakikatnya merupakan bentuk promosi kesehatan massa.
 - 7) *Simulasi*, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan
 - 8) Tulisan-tulisan di majalah, koran baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan dan penyakit.
 - 9) *Billboard*, yang dipasang dipinggir jalan, Spanduk, poster dan sebagainya juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa.

B. Media Promosi Kesehatan

Media pendidikan atau promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik itu melalui media cetak, atau elektronik dan media luar ruang sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuan yang akhirnya diharapkan dapat merubah perilaku masyarakat kearah yang positif terhadap kesehatan khususnya tentang penyakit stunting.

Promosi kesehatan tidak lepas dari media karena melalui media, pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sampai memutuskan untuk mengadopsi perilaku yang positif (Notoatmodjo, 2018).

1. Tujuan Media Promosi Kesehatan.

Adapun beberapa tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan dalam pelaksanaan promosi kesehatan antara lain :

- a. Media dapat mempermudah penyampaian informasi
- b. Media dapat menghindari kesalahan persepsi

- c. Dapat memperjelas informasi
- d. Media dapat mempermudah pengertian
- e. Mengurangi komunikasi yang verbalistik
- f. Dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap dengan mata
- g. Memperlancar komunikasi dan lain sebagainya

2. Penggolongan Media Promosi Kesehatan.

Penggolongan Media Promosi Kesehatan dapat ditinjau dari berbagai aspek, Antara lain :

- a. Berdasarkan Bentuk Umum Penggunaannya

Penggunaan media promosi kesehatan ini dibedakan menjadi bahan bacaan dan Bahan Peragaan. Contoh Bahan Bacaan seperti Modul, buku rujukan folder, Leaflet, Majalah, Buletin, dan sebagainya. Sedangkan Bahan Peragaan seperti Poster tunggal, Poster Seri, Slide, Film, dan seterusnya

- b. Berdasarkan Cara Produksi :

Berdasarkan Cara produksi media promosi kesehatan dikelompokkan menjadi :

1) Media Cetak.

Yaitu Suatu media statis, dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar, atau foto dalam tata warna. Seperti Poster, Leaflet, Brosur, Majalah, Surat Kabar, Lembar balik Stiker, dan Pamflet. Kelebihan Dan Kelemahan dari media cetak adalah :

- a) Kelebihannya antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya tidak tinggi, dapat dibawa kemana-mana, dapat mengungkit rasa keindahan, mempermudah pemahaman, meningkatkan gairan
- b) Kelemahannya adalah Media tidak dapat menstimulir efek suara dan efek gerak, mudah terlipat dan kusut,

2) Media Elektronika

Yaitu media gerak dan statis dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat

bantu elektronika seperti TV, Radio, Film, Video film, Cassette, CD dan VCD

Adapun Kelebihan dari media elektronika diantaranya sudah dikenal masyarakat, mengikutsertakan semua panca indra, lebih mudah dipahami, bertatap muka, lebih menarik, jangkauan relatif lebih besar, sebagai alat diskusi dan dapat diulang-ulang. Sedangkan Kelemahannya dari media elektronika adalah Biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik, perlu alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, perlu keterampilan penyimpanan serta perlu terampil dalam mengoperasinya

- 3) **Media Luar Ruangan** merupakan media yang menyampaikan pesannya di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis, misalnya papan reklame, pameran, Banner, TV layar lebar, spanduk

Adapun Kelebihan dari media elektronika diantaranya sebagai informasi umum dan hiburan, mengikutsertakan semua panca indra, lebih mudah dipahami, bertatap muka, lebih menarik, jangkauan relatif lebih besar,. Sedangkan kelemahannya dari media elektronika adalah Biaya lebih tinggi, rumit, ada yang memerlukan listrik, perlu alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, perlu keterampilan penyimpanan serta perlu terampil dalam mengoperasinya.

BAB

11

CEGAH STUNTING DENGAN PERILAKU HIDUP SEHAT

Happy Novriyanti Purwadi, SKM.,MKM

A. Stunting

Di Negara Indonesia Stunting masih merupakan permasalahan penyakit gizi yang menjadi masalah terbesar yang dialami masyarakat Indonesia, hal ini terutama menyerang pada anak-anak. Stunting merupakan kondisi tubuh ketika pertumbuhan yang tidak sesuai dengan anak seumurnya. Tetapi masyarakat Indonesia menganggap kondisi ini adalah keturunan atau akibat dari genetik. Pencegahan Stunting dapat segera ditindaklanjuti penanganan dengan melakukan upaya pencegahan yang tepat.

Dengan menerapkan pola Perilaku hidup bersih dan sehat setiap hari diupayakan dapat merubah kesadaran diri masyarakat Indonesia, serta mampu dalam meningkatkan kesehatan individu serta masyarakat dengan melakukan perilaku hidup bersih dan sehat sehingga dapat berpengaruh untuk kesehatan anak terutama meningkatkan status gizi pada anak. Melakukan penerapan pola hidup bersih dan sehat secara teratur serta menjaga kebersihan lingkungan dan mengkonsumsi makanan bergizi dapat mempengaruhi pertumbuhan pada anak. serta diimbangi dengan memenuhi kebutuhan nutrisi secara adekuat pada tubuh kita. Dengan mengkonsumsi secara seimbang Karbohidrat, Protein, mineral, vitamin.

Menyarankan pada Ibu hamil untuk mengkonsumsi makanan sehat dan yang bergizi, agar bisa memberikan asupan gizi lengkap untuk bayi yang ada dalam kandungan. Karena stunting dilihat mulai dari 1000 HPK. Masalah kesehatan gizi yang disebabkan karena kurangnya asupan gizi dalam kurun waktu yang lama dapat menyebabkan masalah menjadi kronis.

B. Penyebab Stunting

Penyebab terjadinya stunting salah satunya adalah kurangnya asupan gizi yang adekuat serta adanya penyakit infeksi sebelumnya. Penyebab tidak langsung dari stunting kurangnya informasi orang tua tentang kandungan gizi pada makanan yang diberikan kepada anaknya sehari-hari, pengetahuan orang tua, pekerjaan orang tua, serta sedikitnya kadar gizi asupan yang diberikan kepada anak-anak atau balita sehari-hari.

Oleh karena itu sangat penting sekali diadakannya edukasi tentang PHBS dan pemberian makanan yang baik dan benar. Pemberian edukasi yang efektif dan berkala sangat diharapkan dapat meningkatkan pemahaman, pengetahuan, informasi dan kesadaran masyarakat tentang PHBS sehingga dengan adanya peningkatan pemahaman serta pengetahuan orang tua, dapat mencegah atau menekan terjadinya kasus stunting (KESEHATAN, INDONESIA and Masyarakat, 2017).

C. Pencegahan Stunting

Hasil Survei Riskesdas 2018 mendapatkan data bahwa angka kejadian stunting di Indonesia mengalami penurunan .(Kemenkes RI, 2018) Tetapi langkah pencegahan stunting masih harus terus dilakukan, berikut adalah langkah pencegahan stunting:

1. Memenuhi kebutuhan gizi sejak hamil

Ibu yang sedang mengandung disarankan agar selalu mengonsumsi makanan sehat dan bergizi secara adekuat serta mengonsumsi suplemen sesuai dengan anjuran dokter. Selain itu, pada saat proses kehamilan juga sebaiknya

secara rutin melakukan pemeriksaan kesehatannya ke dokter atau bidan secara berkala. Sehingga terpantaunya kesehatan ibu hamil.

2. Memberikan Asi Eksklusif di Usia 6 Bulan

Dengan memberikan bayi ASI eksklusif dapat menurunkan resiko terjadinya stunting pada anak karena pada ASI terdapat kandungan gizi yang dibutuhkan oleh anak. Oleh karena itu seorang ibu sangat diberikan saran untuk tetap melakukan pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan untuk sang buah hati. Karena dapat meningkatkan daya tahan tubuh anak serta meningkatkan kekebalan tubuh si buah hati.

3. Dampingi ASI Eksklusif dengan MPASI sehat

MPASI diberikan pada anak dengan usia 6 bulan ke atas, dengan memenuhi kandungan gizi mikro dan makro secara adekuat sehingga asupan makanan pada anak tidak kurang hal ini dapat mencegah terjadinya stunting. WHO memberikan rekomendasi untuk pemakaian fortifikasi. Tetapi dalam pemilihan fortifikasi para ibu diharapkan tetap berhati-hati saat akan memberikan produk tambahan tersebut dengan berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter.

4. Terus memantau tumbuh kembang anak

Para Orang tua harus memantau pertumbuhan dan perkembangan dari anak mereka, terutama pengukuran pada tinggi badan dan berat badan pada anak. Membawa si Kecil ke Posyandu untuk melakukan penimbangan secara berkala maupun klinik khusus tumbuh kembang anak. Sehingga dapat mengetahui gejala-gejala yang kurang baik pada pertumbuhan dan perkembangan anaknya dan dapat dicegah lebih awal.

5. Selalu jaga kebersihan lingkungan

Usia balita dan Anak rentan sekali terhadap segala macam penyakit yang disebabkan karena bakteri atau virus, hal ini dapat dilihat dari bersih atau tidaknya lingkungan

sekitar rumah dan tempat mainnya. Karena kebersihan lingkungan secara tidak langsung dapat menyebabkan atau meningkatkan peluang terjadinya stunting. Lingkungan yang kotor dapat menyebabkan penyakit Diare.

D. Perilaku Hidup Sehat dengan 5 Pilar STBM

Kesehatan Lingkungan mempunyai hubungan saling keterkaitan dalam terjadinya masalah stunting, hal tersebut dinyatakan oleh Beberapa Penelitian. Yang dilakukan di Bangladesh sebuah penelitian tentang anak-anak dengan sampel anak yang mendapatkan akses air yang bersih, mempunyai jamban, serta dengan adanya fasilitas akses tersebut pertumbuhan tinggi badannya mengalami 50% tambah lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan akses tersebut (Kemenkes, 2017).

Dalam Sebuah jurnal menyatakan bahwa **higiene dan sanitasi yang buruk dapat** menyebabkan adanya gangguan inflamasi pada usus kecil, sehingga hal ini dapat terjadi kurangnya penyerapan zat gizi serta dapat meningkatkan permeabilitas usus yang disebut juga *Environmental Enteropathy (EE)* dimana yang seharusnya terjadi pembentukan energi, tetapi digunakan untuk pertumbuhan serta digunakan untuk melawan infeksi yang ada dalam tubuh. (Growth, 2014).

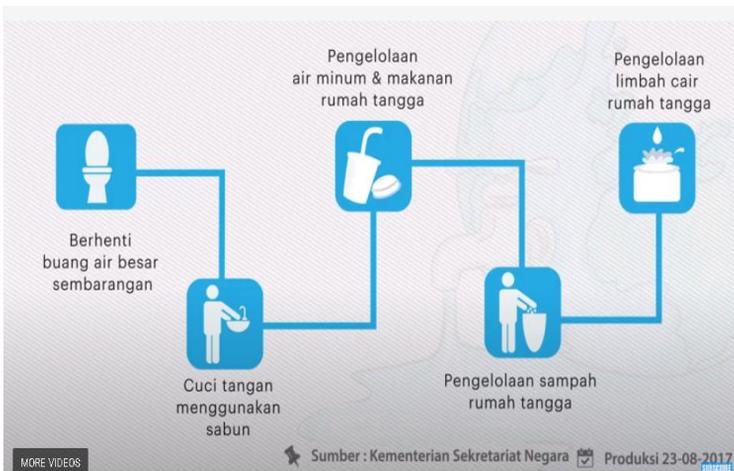
Menurut hasil survei yang telah dilakukan, masalah kesehatan lingkungan dan sanitasi di Negara Indonesia masih mendapatkan nilai cukup baik. Sebesar 24% masyarakat Indonesia yang masih BAB di tempat yang terbuka atau tidak memiliki jamban yang baik, kemudian 14% diantaranya yang tidak memiliki akses ke sumber air bersih (Joint, Programme and Supply, 2013); sehingga di saat anak-anak tumbuh dan berkembang di lingkungan yang memiliki sanitasi yang kurang memadai, maka risiko anak-anak tersebut untuk terkena penyakit sangat besar dan dapat dimungkinkan berulang juga sangat tinggi, hal ini yang dapat menjadi salah satu penyebab terhambatnya pertumbuhan mereka.

Hasil survei didapatkan berupa hasil pemetaan dilakukan terhadap beberapa wilayah yang berada di seluruh Indonesia, sehingga dapat melihat wilayah mana yang dengan prevalensi stunting dengan nilai tinggi kemudian dilihat dari persentase keluarga yang tidak memiliki akses jamban sehat, hal ini terlihat bahwa memang wilayah dengan prevalensi stunting yang tinggi merupakan keluarga yang tidak memiliki akses jamban sehat. Hal ini dapat disimpulkan bahwa dalam upaya penanggulangan stunting salah satunya adalah yang mempunyai peran penting adalah dengan memiliki akses lingkungan yang sehat dalam hal ini memiliki jamban sehat.



Pemerintah Indonesia mencanangkan pelaksanaan kegiatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dengan 5 pilar, pendekatan STBM ini dilakukan untuk merubah perilaku kebersihan hygiene dan sanitasi lingkungan dengan melakukan pemberdayaan masyarakat dengan metode pemucuan. Tujuan dari Program ini adalah untuk menekan angka penyakit diare serta penyakit yang disebabkan oleh lingkungan yang berkaitan dengan sanitasi serta perilaku masyarakat. Tiga komponen yang tertuang dalam strategi STBM adalah menciptakan lingkungan yang sangat kondusif, meningkatkan serta menyediakan kebutuhan sanitasi lingkungan yang bersih dan sehat, serta menyediakan akses sanitasi yang sehat.

Tujuan dibuatnya atau dilaksanakannya STBM ini adalah upaya percepatan dalam meningkatkan akses terhadap sanitasi. Hal ini di Indonesia tertuang dalam RPJMN pada tahun 2015-2019 adalah dengan tersedianya fasilitas yang lengkap tersebut atau cakupan akses sebesar 100% untuk air bersih dan juga sanitasi. Hal ini semua telah diatur dalam Peraturan Menteri Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Yang merupakan suatu pendekatan untuk dapat merubah perilaku kebersihan higine serta sanitasi dengan melakukan pemberdayaan masyarakat melalui metode pemicuan, berikut adalah 5 Pilar STBM, yaitu ; (Permenkes, 2014)



Gambar 11. 1 Pilar STBM

1. Merubah Perilaku untuk stop buang air besar sembarangan hal ini dapat diwujudkan melalui kegiatan sebagai berikut:
 - a. Mengajarkan kepada masyarakat untuk merubah perilaku buang air besar sembarangan sehingga dapat menurunkan sumber kontaminasi yang menyebabkan berbagai macam penyakit
 - b. Membuatkan serta memelihara sarana buang air besar yang sudah memenuhi standar kesehatan.

Dalam melakukan BAB yang sesuai dan benar, maka perlu membuat sarana jamban yang sehat, berikut standard dalam pembuatan jamban sehat

- a. Bangunan atas jamban (dinding dan/atau atap),

Dinding dan atap Bangunan jamban dibuat untuk melindungi masyarakat dari berbagai macam gangguan

- b. Bangunan tengah jamban

Lubang pada bagian tengah jamban merupakan tempat pembuangan kotoran (tinja dan urine) dengan konstruksi atau berbentuk leher angsa. Lantai Jamban harus terbuat dari bahan yang kedap air, tidak licin, serta mempunyai saluran untuk pembuangan air bekas ke Sistem Pembuangan Air Limbah (SPAL).

- c. Bangunan Bawah

Bangunan bawah berfungsi untuk penampungan, pengolahan, dan pengurai kotoran/tinja dengan tujuan untuk mencegah terjadinya pencemaran atau kontaminasi dari tinja melalui vektor pembawa penyakit, baik secara langsung maupun tidak langsung, serta memperhatikan jaraknya harus sesuai dengan standard, untuk jenis bagian bawah dapat berupa Tangki Septik yang kedap dan tidak bocor serta menggunakan Cubluk (KESEHATAN, INDONESIA and Masyarakat, 2017).

2. Mencuci tangan dengan menggunakan sabun serta dibilas dengan air bersih dan mengalir:

- a. Mengajarkan kepada masyarakat untuk melakukan cuci tangan dengan air bersih dengan sabun serta dibilas dengan air mengalir .
- b. Menyediakan sarana serta prasarana untuk melakukan cuci tangan yang dilengkapi dengan air yang mengalir, sabun, serta membuat saluran pembuangan air limbah (air yang kotor).

Hasil penelitian dari beberapa peneliti mengemukakan dengan melakukan cuci tangan dengan menggunakan sabun serta air mengalir lebih efektif daripada hanya mencuci

tangan dengan menggunakan air saja. Merubah Perilaku masyarakat ini sangat efektif dalam mencegah serta menurunkan kejadian penyakit diare sebesar 42-53%. Dengan masyarakat melakukan perilaku ini, maka satu juta kematian yang diakibat oleh penyakit diare dapat dicegah (KESEHATAN, INDONESIA and Masyarakat, 2017).

Berikut adalah Waktu yang tepat dalam melakukan cuci tangan pakai sabun untuk mencegah diare dan ISPA (Tifus/Hepatitis A dan E/Polio) yaitu pada saat:

- a. Dilakukan cuci tangan Sebelum makan
 - b. Sesudah melakukan Buang Air Besar
 - c. Sebelum mempersiapkan makan
 - d. Sesudah melakukan pembersihkan kotoran bayi
 - e. Sebelum menyuapi anak.
3. Pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga dapat dilakukan kegiatan sebagai berikut;
- a. Mengajarkan kepada masyarakat untuk melakukan cara yang benar dalam mengolah air minum yang layak dan makanan yang aman dan bersih .
 - b. Menyediakan pengolahan air minum dan makanan rumah tangga yang sehat secara berkala sesuai dengan standard yang diberikan.

Pengelolaan air minum yang layak dan makanan di dalam rumah tangga harus menjaga kualitas air dari sumber air yang akan digunakan untuk kebutuhan sehari-hari yaitu untuk; air minum, pengelolaan makanan.

Berikut Higiene sanitasi pengolahan pangan dan bagaimana memproses makanan di rumah tangga yang meliputi 6 prinsip Higiene Sanitasi Pangan:

- a. Memilih bahan makanan yang segar dan sehat
- b. Melakukan Penyimpanan bahan makanan yang benar
- c. Pengolahan bahan makanan yang tepat
- d. Penyimpanan makanan harus sesuai dengan aturan yang tertera pada label makanannya

- e. Cara bagaimana masyarakat dalam melakukan Pengangkutan makananan
 - f. Penyajian makanan yang sudah jadi dapat disajikan dengan benar.
(KESEHATAN, INDONESIA and Masyarakat, 2017)
4. Melakukan pemilahan sampah rumah tangga agar tidak banyak sampah rumah tangga yang berceceran di mana-mana. Dilakukannya dengan cara:
 - a. Memberikan edukasi kepada masyarakat untuk melakukan pemilahan yang benar sampah rumah tangga sesuai dengan jenisnya kemudian membuang sampah rumah tangga di luar rumah .
 - b. Dapat Memilah sampah dengan cara; Melakukan pengurangan (reduce), penggunaan kembali (reuse), dan pengolahan kembali (recycle).
 - c. Membantu serta Menyediakan dan memelihara sarana pembuangan sampah rumah tangga yang berada di luar rumah.
 5. Memberikan edukasi kepada masyarakat dalam melakukan pengamanan limbah cair rumah tangga dengan cara:
 - a. Pemisahan saluran limbah cair rumah tangga dengan membuat sumur resapan serta memiliki saluran pembuangan air limbah.
 - b. Menggunakan penampungan pembuangan limbah cair rumah tangga.
 - c. Memelihara kebersihan sekitar saluran pembuangan dan penampungan limbah cair rumah tangga.

Dalam kegiatan pemilahan dan pengolahan limbah cair rumah tangga yang berasal dari sisa kegiatan mencuci, kamar mandi dan dapur yang memenuhi standar baku mutu kesehatan lingkungan dan persyaratan kesehatan dapat memutus mata rantai penularan penyakit pada keluarga dan lingkungan.

BAB

12

PENDEKATAN TERAPI KOMPLEMENTER MENCEGAH STUNTING

Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep

A. Pendahuluan

Stunting adalah refleksi pertumbuhan anak, dimana tinggi badan menurut umur berada pada standar deviasi $-3 < SD < -2$. Bayi yang berisiko stunting adalah bayi dengan berat badan lahir rendah serta Panjang badan < 48 cm. Stunting masih menjadi permasalahan nasional dan global, meskipun hasil riskesdas tahun 2018, sudah mengalami penurunan dari 37,2% (tahun 2013) menjadi 30,8% (tahun 2018); namun hal ini belum mencapai target penurunan standar dari WHO 20%.

Balita stunting adalah balita yang memiliki tinggi badan yang lebih pendek daripada tinggi badan seusianya, hal ini terjadi karena kondisi kurang nutrisi dalam jangka waktu yang lama. Pencapaian milestone sesuai dengan pertumbuhan pada bayi dengan kondisi berikut dapat dicapai ketika dilakukan pemberian stimulasi sejak dini. Stimulasi yang dimaksud adalah dengan memberikan Taktil Kinestetik Stimulasi (TKS) melalui pijat sehat pada bayi atau anak. Pijat sehat adalah merupakan aplikasi sentuhan kulit ke kulit yang dikombinasikan dengan ungkapan kasih sayang, pemberian stimulasi taktil kinestetik serta stimulasi oral. Pijat adalah salah satu terapi komplementer dan dapat didefinisikan sebagai salah satu bentuk stimulasi taktil dengan tangan (de britto pereira et al., 2021).

B. Terapi Komplementer dengan Stunting

Salah satu terapi komplementer yang dapat membantu mencegah stunting/keterlambatan pertumbuhan adalah dengan stimulasi taktil kinestetik pada anak. Pemberian stimulasi taktil kinestetik pada bayi prematur pada kelompok intervensi secara signifikan meningkatkan panjang badannya dibanding kelompok kontrol (yoanita et al., 2021). TKS pada kelompok intervensi dapat meningkatkan berat badan serta Panjang badan anak. Tactile Stimulasi Kinestetik (TKS) salah satu aplikasinya adalah melakukan massage (Juwita, Argaheni and Alristina, 2023). Hubungan fisik dan emosional yang kuat antara pengasuh dan bayi dapat dikembangkan melalui sentuhan, memainkan peran penting dalam perkembangan anak juga pertumbuhannya, terutama pada anak atau bayi yang berpotensi berkurangnya stimulasi harian, karena tidak tinggal Bersama ibunya atau tinggal di panti (Underdown, Barlow and Stewart-Brown, 2010).

Kebutuhan fisiologis paling mendasar pada bayi adalah dekatnya kasih sayang fisik. Pelukan yang menenangkan atau sentuhan yang penuh kasih sayang adalah sesuatu yang sangat vital dibutuhkan bagi bayi sejak awal kehidupannya yang akan menjadi tonggak dasar bagi perkembangan fisik, emosional dan intelektual anak. anak yang awal kehidupannya terpenuhi akan belaian/pelukan/sentuhan kasih sayang akan menjadi pribadi yang mampu memberikan kasih sayang bagi yang lainnya. Modal kasih sayang yang adekuat pada awal kehidupan anak akan menjadi dasar kemandirian dan kepercayaan diri pada anak, saat anak berada fase interaksi sosial yang lebih luas.

C. Tactile Kinesthetic Stimulation (TKS)

TKS sebagai sebuah mekanisme sentuhan pada anak, menjadi bagian stimulasi perkembangan dan pertumbuhan anak. STK menjadi salah satu implementasi komplementer pada anak dalam bentuk terapi pijat dengan tekanan sedang. TKS juga dapat dilakukan dengan memberikan Gerakan pasif pada anak/bayi (Juwita, Argaheni and Alristina, 2023). Pijat khas

yang digunakan untuk usia neonates adalah pijatan dengan usapan lembut dengan memberikan tekanan sedang pada bagian-bagian tubuh yang dapat dikombinasikan dengan rangsangan kinestetik berupa Gerakan pasif pada anggota gerak tubuh/ekstremitas baik atas maupun bawah.

D. Manfaat TKS

TKS sebagai bagian dari pijat pada bayi stunting bermanfaat terhadap perkembangan sosial dan perkembangan bahasa. TKS pada bayi stunting selain bermanfaat menstimulasi perkembangan, juga mempunyai manfaat dalam stimulasi pertumbuhannya (baik aspek Panjang badan, berat badan, lingkaran kepala maupun lingkaran lengan *atas*) Sutarmi, et al, 2022).

1. Sentuhan/pelukan kasih sayang orangtua secara teratur dan kontinyu pada anak, mempunyai dampak positif yang sangat banyak, diantaranya adalah :
 - a. Membantu meningkatkan capaian *milestone* pertumbuhan dan perkembangan anak,
 - b. Peningkatan sistem kekebalan tubuh,
 - c. Tidur lebih nyenyak,
 - d. Menangis lebih sedikit.
2. Anak yang banyak mendapatkan sentuhan fisik dengan landasan kasih sayang akan dapat :
 - a. Menunjukkan perilaku orientasi tugas lebih baik,
 - b. Lebih sedikit bermain soliter,
 - c. Sifat agresi di sekolah yang sedikit serta
 - d. Bagusnya kualifikasi pendidikannya.
3. Kontak tubuh di awal kehidupan anak penting bagi perkembangan neurologis anak. Bayi yang tidak cukup mendapatkan kasih sayang fisik ini, akan berpotensi :
 - a. Tumbuh menjadi pribadi yang mengalami kesepian,
 - b. Terisolasi,
 - c. Menyusahkan,
 - d. Gangguan emosi,
 - e. Hiperaktif,
 - f. Perilaku agresif serta

g. Masalah gangguan perilaku lainnya.

Sehingga terapi sentuhan merupakan salah satu bagian dalam alternatif pemberian asuhan keperawatan pada pasien. Deprivasi kontak kasih sayang pada awal kehidupan berpotensi terjadinya :

1. Disfungsi neurologis,
2. Menyebabkan munculnya perilaku autis,
3. Penyalahgunaan alkohol dan narkoba pada usia dewasa.

Penelitian pernah dilakukan pada anak-anak yang tinggal di panti yang dalam kesehariannya kurang mendapatkan sentuhan kasih sayang, berpotensi mengalami pertumbuhan yang terlambat/stunting, adanya keabnormalan hormone stress; kortisol pada anak.

Inisiasi stimulus sedini mungkin pada usia neonatus mempunyai manfaat yang dapat mendukung pertumbuhan sel-sel otak, meningkatkan perilaku adaptif, membantu mencapai tingkat perkembangan yang optimal.

Berikut ini beberapa hasil pencarian literatur secara elektronik dari sumber data base sejak November 2019, yang memuat desain sistematik review maupun bukan sistematik review didapatkan hasil bahwa pijat adalah satu intervensi yang cukup banyak dilakukan pada anak dengan hasil kajian sebagai berikut (De Britto Pereira et al., 2021):

Tabel 12. 1 Peta Bukti Kesenjangan Terkait Pijat pada Anak

Outcomes		Effects		
		Number of studies		
Pain		Positive	No effect	Mixed
A2	Use of analgesics	1		
A26	Pain Relief	15		
A28	Pelvic Pain	1		
Physical and Metabolic Effects				
B6	Immunological Biomarkers	11		
B20	Lung function	9	1	
B26	High Density Lipoprotein (HDL)	1		
B49	Gastrointestinal Tract Disorders	2		
B57	Cortisol Levels	1		
Chronic Diseases				
C11	Skin Diseases	3		
Cancer				
D14	Symptoms of Chemotherapy	6		
Vitality, well-being and quality of life				
G7	Growth	25	1	
G9	Neuro-Motor Development	19	2	
G11	Stress Disorders	24	1	1
G18	Social Function	1		
G26	Proprioception	1		
G28	Quality of Sleep	16	3	
G34	Bond Between Mother and Baby	4		
Mental health				
H9	Depression	11		
H17	Anxiety Disorders	12		
H18	Behavior Disorder	22	3	
H31	Postpartum Depression	1		
Management				
K2	Antibiotic Consumption	2		
K4	Hospital Cost	14		
K8	Quality of Care	1		
K11	Patient Safety	2		
Others				
L2	Palliative Care	2		

E. Fisiologis Sentuhan Sebagai Dasar dalam Tactile Kinestetik Stimulasi

Indra yang pertama kali berkembang memersamai kehidupan anak adalah sentuhan, yang sudah tumbuh sejak janin. Indra ini berkembang dimulai sejak tiga minggu setelah proses pembuahan. Sistem saraf primitive ini berkembang melalui reseptor kulit ke sel-sel seperti bagian utama dari embrio, yang kemudian berkembang dan menjadi matang untuk membentuk sumsum tulang belakang dan kemudian sel-sel otak.

Kepekaan janin terhadap sentuhan di semua bagian tubuhnya semakin bertambah berkembang mulai minggu ke-16. Pada minggu ke-25 fase kehamilan, hampir semua jalur saraf yang dirancang difungsikan untuk membawa sinyal rasa sakit terbentuk. pada fase ini, indra peraba sudah sangat berkembang. Kulit dan mulut bayi mengandung jutaan reseptor sensorik yang mencatat rasa sakit, suhu, sentuhan ringan, tekanan dalam, tekstur, bentuk, berat, dan ukuran. Indera peraba adalah sarana utama untuk mengalami perubahan-perubahan respon yang ada dan semua indera lainnya termasuk penglihatan, suara, rasa, dan bau berasal darinya.

Sistem sensorik terakhir yang mudah dengan bertambahnya usia adalah sentuhan. Sayangnya, penuaan kulit tidak menghasilkan sentuhan sama halnya saat pada usia bayi. Namun, orang tua tetap membutuhkan sentuhan seperti saat mereka masih muda. Tanpa itu, mereka mungkin merasa terputus, terisolasi, kesepian dan tidak terpenuhi. Stimulasi sentuhan sangat penting untuk komunikasi, untuk fungsi otak yang sehat dan keseimbangan hormonal tubuh dan untuk kesejahteraan fisik dan emosional. Sesuatu yang juga penting dalam arti sebuah ungkapan cinta adalah sentuhan. Sentuhan menghadirkan kenyamanan, ketenangan dan perasaan disayangi.

F. Perkembangan Otak

Banyak referensi serta penelitian memberikan dasar bahwa salah satu neurotransmitter otak adalah serotonin. Serotonin ini mempunyai kadar yang menurun seiring dengan berkurangnya secara signifikan kuantitas maupun kualitas sentuhan di awal kehidupan. Rendahnya kadar serotonin ini tidak hanya terkait dengan sindrom kematian bayi mendadak, tetapi juga dengan risiko kejadian perilaku agresif, depresi, dan kecenderungan bunuh diri di kemudian hari.

Otak juga berkembang sebagai respons terhadap bahan kimia saraf lainnya seperti kortisol (hormon stres). Meskipun kadar kortisol normal diperlukan untuk fungsi yang sehat, bayi

yang kekurangan sentuhan dengan kadar yang meningkat secara konsisten mungkin mengalami kesulitan dalam mengendalikan emosi dan perilakunya seiring bertambahnya usia.

Hormon penatur stres yang lain adalah oksitosin, yang akan dilepaskan saat ada kontak fisik yang dekat. Ikatan dan keinginan untuk melakukan hubungan sosial akan optimal jika hormon oksitosin terjadi peningkatan baik pada orang tua maupun anak. Oksitosin ini dapat berinteraksi dengan dopamin, yang merupakan zat kimia otak yang berperan dalam perilaku, pembelajaran, perhatian, motivasi dan kesejahteraan.

Adanya stimulasi sentuhan yang tidak adekuat pada awal kehidupan anak, dapat menghambat hormon pertumbuhan, yang penting juga pada pertumbuhan otak, hati dan jantung. Gagalnya penambahan berat badan dapat disebabkan oleh pengurangan hormon penyerapan makanan, misalnya insulin.

Sentuhan adalah salah satu terapi komplementer yang bermanfaat bagi anak. Terapi ini memicu pelepasan hormon pertumbuhan, yang penting dalam merespon dan memperbaiki keadaan tubuh, merangsang bahan kimia dan enzim yang memfasilitasi penyerapan makanan dan pertumbuhan, menstimulasi aktivitas sel imun dalam membantu tubuh melawan patogen yang masuk.

G. Prosedur Pemberian TKS

Penelitian oleh (yoanita et al., 2021) , melakukan stimulasi taktil kinestetik pada bayi prematur pada kelompok intervensi meningkatkan panjang badan bayi secara signifikan daripada kelompok kontrol. Peneliti melakukan intervensi ini selama sepuluh menit, sehari tiga kali, dilakukan selama 10 hari berturut - turut.

Penelitian ini dilakukan di unit neonatal RSUP Cipto Mangunkusumo dari agustus 2015 hingga juli 2017. TKS berupa pijat kebutuhannya unik untuk setiap anak, masing-masing anak mempunyai tingkat toleransi yang bervariasi, sehingga orangtua atau pengasuh perlu memahami setiap respon toleransi anaknya

terkait stimulasi ini. TKS dilakukan dengan memberikan sentuhan/usapan lembut pada area kulit anak. TKS dapat diberikan dengan memberikan sentuhan/usapan lembut dengan tekanan sedang pada area dari kepala sampai dengan kaki anak (Juwita, Argaheni and Alristina, 2023).

TKS juga dapat dilakukan selama 1 kali setiap hari selama 5 hari, dapat meningkatkan parameter fisiologis bayi, termasuk tanda vital yang optimal. TKS merupakan salah satu terapi komplementer dalam merawat bayi di rumah, untuk menstimulasi perkembangan fisiologis (Juwairiah and Fatma Zulaikha, 2017).

Alternatif lain pemijatan adalah terbagi menjadi 3 segmen yaitu dua fase selama 5 menit memberikan rangsangan taktil, dan satu fase berupa stimulasi kinestetik yang dilakukan di antara fase rangsangan taktil. Berikut ini prosedur TKS yang dapat diberikan pada neonatus :

1. Selama stimulasi tactile bayi diposisikan tengkurap dan dibelai dengan jari kedua tangan terapis selama 5 periode satu menit di setiap regio berikut ini :
 - a. Dari atas kepala ke leher
 - b. Dari leher melintasi bahu dan punggung ke leher
 - c. Dari punggung atas ke pantat dan kembali ke punggung atas
 - d. Dari paha ke kaki ke paha pada kedua kaki secara bersamaan
 - e. Dari bahu ke tangan ke bahu pada kedua lengan secara bersamaan
2. Untuk fase kinestetik, neonates ditempatkan dalam posisi telentang. Fase ini terdiri dari 6 gerakan fleksi/ekstensi pasif, masing - masing berlangsung kurang lebih selama 10 detik. Gerakan tersebut dengan urutan sebagai berikut :
 - a. Lengan kanan
 - b. Lengan kiri
 - c. Kaki kanan
 - d. Kaki kiri
 - e. Kedua kaki secara bersamaan

3. Akhirnya stimulasi taktil diulangi kembali pada fase ketiga.

Prosedur ini dapat dilakukan selama 10 hari pada setting penelitian. Pada setting keseharian bisa dilakukan selama fase perawatan neonatus atau bayi (Aliabadi and Askary, 2013).

Menurut referensi lainnya, TKS dapat dilakukan secara rutin selama 15 menit sehari dua kali, setelah mandi pagi dan mandi sore, dengan minyak bunga matahari, yang dilakukan selama empat minggu, dapat meningkatkan lingkaran lengan atas dan Panjang badan pada bayi prematur pada kelompok intervensi dibanding kelompok kontrol pada bayi dengan usia 3 bulan. Pemberian pijat selama 15 menit ini terdiri dari tiga menit persiapan, 10 menit sesi inti pemijatan serta 2 menit sesi terminasi. Hasil ini masih diperlukan evaluasi pada bayi lebih dari 3 bulan dengan durasi intervensi yang lebih lama.

Tipe pijat yang digunakan pada perawatan anak harus gentle, Gerakan stroking yang lambat pada masing-masing bagian tubuh.

H. Mekanisme TKS

Mekanisme pijat mempunyai efek pada tubuh memproduksi hormon beta endorphin yang dapat mempengaruhi mekanisme pertumbuhan anak, selain perkembangan. Pelepasan hormon ini juga mempunyai peran dalam merangsang aktivitas nervus vagus yang membantu penyerapan makanan karena peningkatan enzim gastrin dan hormone insulin yang akhirnya juga berdampak pada peningkatan daya tahan tubuh. Pijat juga sebagai sarana memfasilitasi pemenuhan kebutuhan fisiologis, psikososial, emosional yang penting dalam mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Stimulasi tactile/pijat sebagai salah satu kegiatan terapeutik keperawatan dalam memenuhi asuhan perkembangan anak.

TKS membantu optimalnya respon fisiologis anak, untuk membantu adaptasi dengan adekuat. TKS dengan tekanan sedang dipandang sebagai salah satu intervensi yang mendorong pertumbuhan anak selain menekan respon stress pada anak, karena anak berada pada kondisi yang tenang dan menyenangkan. TKS ini juga dipandang dapat menstimulasi perkembangan motorik anak. TKS juga dapat meningkatkan berat badan, keaktifan serta membantu memperpendek lama rawat inap pada anak dengan kondisi sakit.

TKS juga membantu dalam adaptasi fisiologis kaitannya menjaga suhu tubuh yang normal serta membantu mengontrol tanda vital lainnya misalnya frekuensi nadi. TKS membantu memfasilitasi pertumbuhan serta pengaturan perilaku bayi secara adaptif. TKS membantu menstimulasi aktivitas neurotransmitter serotonin yang dapat meningkatkan kapasitas sel reseptor yang berfungsi mengikat dengan glukokortikoid (adrenalin/hormon stress).

TKS ini dapat membantu penurunan tingkat hormone adrenalin/hormone stress. Kondisi ini dapat meningkatkan resisten tubuh, terutama IgM dan IgG. Pemijatan dan latihan pasif secara bersamaan meningkatkan pertumbuhan (Berat Badan, Panjang Badan, Lingkar Kepala). TKS dengan pemberian latihan aktivitas pasif dipandang dapat membantu meningkatkan berat badan, Panjang badan, lingkar kepala yang lebih banyak dibanding dengan pijat. TKS juga meningkatkan stimulasi refleks oral yakni sucking reflex sehingga membantu optimalisasi dalam intake makanan pada bayi (Juwita, Argaheni and Alistina, 2023).

I. Cara Melakukan TKS

Anak biasanya sensitif terhadap sentuhan, terutama anak yang lebih muda, terutama area wajah, tangan, telapak kaki dan perut. TKS ini dapat dilakukan pada area tungkai dengan melakukan Gerakan fleksi/ menekuk dan ekstensi/ meluruskan kembali dengan posisi anak telentang (Juwita, Argaheni and Alistina, 2023).

Berikut ini beberapa panduan dalam melakukan pijat sehat :

1. Bayi dengan posisi telentang, pemijatan dimulai dari bagian tubuh bagian depan
2. Pertama kami dilakukan pemijatan dengan alternatif teknik : pijatan india, sapuan kaki atas, pijat swedis, stimulasi kinestetik (melakukan penekukkan pada lutut dengan pasif).
3. Pijat area perut : Gerakan kincir air
4. Area dada : dengan sentuhan cinta di dada
5. Lengan dan tangan : usapan limfatik, pijat india, fleksi ekstensi kan siku secara pasif
6. Pijat tulang pada area wajah dan pipi
7. Pijatan pada bagian mulut dengan membuat lingkaran pada senyum pada bibir atas dan bawah dengan stimulasi lingkaran bibir dan dagu
8. Untuk pijat punggung, bayi dalam posisi tengkurap, dengan melakukan sentuhan cinta pada area kepala, bahu, punggung, lengan dan kaki
9. Setiap rangkaian dilakukan sebanyak 6 kali untuk setiap area gerakan.
10. Hasil studi review mengatakan bahwa durasi pijat bayi yang efektif untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan yang dilakukan oleh orang tua dilakukan selama 4 sampai dengan 16 minggu (Sutarmi et al, 2022).

J. Beberapa Instrumen yang dapat Digunakan untuk Melakukan Evaluasi Terkait Prosedur Pemijatan pada Anak

1. Skrining perkembangan : kuesioner pra skrining perkembangan (KPSP) atau Denver
2. Penilaian antropometri anak (berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, lingkaran lengan atas)
3. Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) atau Brazelton Scale. Brazelton scale ini merupakan satu instrumen yang peka terhadap perubahan dan merupakan skala yang baik dalam mengevaluasi perilaku pada bayi.

K. Efek samping TKS

TKS tidak memiliki efek negatif terhadap parameter fisiologis. TKS memberikan dukungan terhadap perilaku adaptif neonatus dengan BBLR dibanding yang tidak diberikan TKS. TKS mempunyai efektifitas dalam meningkatkan perilaku bayi agar mempunyai kecenderungan meningkatkan perilaku yang semakin matur pada bayi (Aliabadi and Askary, 2013).

DAFTAR PUSTAKA

- Achadi, E. (2023) 'Stunting: Apakah Dapat Diobati? Disampaikan dalam Webinar AIPVOGI'. Jakarta: AIPVOGI.
- Achadi, E.L. Sumarto, Sudarno, Taufik, H., 2014. Regional drivers of malnutrition in Indonesia. In Global nutrition report 2014: Actions and accountability to accelerate the world's progress on nutrition. Supplementary <http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/128576>,
- Achadi, E.L., 2015. Masalah gizi di Indonesia dan posisinya secara global. Universitas Indonesia, Jakarta.
- Adair, L.S., Fall, C.H.D., Osmond, C., Stein, A.D., Martorell, R., Ramirez-Zea, M., Sachdev, H.S., Dahly, D.L., Bas, I., Norris, S.A., Micklesfield, L., Hallal, P., Victora, C.G., 2013. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: Findings from five birth cohort studies. *Lancet* 382, 525–534.
- Agus Hendra AL-Rahmad, Ampera Miko, A. H. (2013). Kajian stunting pada anak balita ditinjau dari pemberian asi eksklusif, MP-Asi, status imunisasi dan karakteristik keluarga di kota Banda Aceh. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Nasuwakes*, 6(2), 169–184.
- Aim, M., Radifan, M.A., Setyaningrum, V.E., Hasanbasri, M., 2021. Puskesmas Head's Role in Mobilizing Across Sectors in Handling Stunting Problems During the Pandemic in Puskesmas Mlati II Working Area. *BKM Public Health Community Med.* 37, 43.
- Aini, N., Mulia Hera, A. G., Anindita, A. I., Stelin Maliangkay, K., & Amalia, R. (2022). Hubungan Rendahnya Tingkat Ekonomi Terhadap Risiko Terjadinya Stunting : a Systematic Review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 3(2), 127–135. <https://doi.org/10.31004/jkt.v3i2.4457>

- Aliabadi, F. and Askary, R.K. (2013) *Effects of Tactile-Kinesthetic Stimulation on Low Birth Weight Neonates*, *Iranian Journal of Pediatrics*. Available at: <http://ijp.tums.ac.ir>.
- Alimul Hidayat, A. Aziz (2008) *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Salemba Medika
- Aridiyah, F. O., Rohmawati, N., & Ririanty, M. (2015). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 3(1), hlm 163-170. <https://doi.org/10.1038/nature02345>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI 2013. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI, 2007. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI, 2010. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), Jakarta.
- Bank, T.W., 2015. Nutrition at a Glance: Guatemala. <http://documents.worldbank.org/c/Guatemala-Nutrition-at-98-STUNTINGa-glance>
- Bappenas 2015. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. <https://www.bappenas.go.id/id/data-dan-informasiutama/dokumen-perencanaan-dan-pelaksanaan/dokumen-rencana-pembangunan-nasional/rpjp-2005-2025/rpjm2015-2019/>,
- Barker, D. (2008) 'Human growth and cardiovascular disease', *Nestle Nutrition Workshop Series: Pediatric Program*, 61, pp. 21-33. Available at: <https://doi.org/10.1159/000113163>.
- BPPK, 2018. Riset Kesehatan Dasar 2018.
- Casanello, P., Herrera, E.A. and Krause, B.J. (2017) 'Epigenetic Programming of Cardiovascular Disease by Perinatal Hypoxia and Fetal Growth Restriction', *Hypoxia and Human Diseases* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.5772/66740>.

Cegah Stunting dengan Perbaikan Pola Makan, Pola Asuh dan Sanitasi - Direktorat P2PTM Kemkes.
Dari: <https://p2ptm.kemkes.go.id/post/cegah-stunting-dengan-perbaikan-pola-makan-pola-asuh-dan-sanitasi>.

Danaei, G., Andrews, K. G., Sudfeld, C. R., Mccoy, C., Peet, E., Sania, A., Fawzi, M. C. S., Ezzati, M., & Fawzi, W. W. (2016). *Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global , Regional , and Country Levels.* 1-18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002164>

Dasman, H. (2019). Empat dampak stunting bagi anak dan negara Indonesia. *The Conversation (Disiplin Ilmiah, Gaya Journalistik)*, 2-4. [http://repo.unand.ac.id/21312/1/Empat dampak stunting bagi anak dan negara Indonesia.pdf](http://repo.unand.ac.id/21312/1/Empat_dampak_stunting_bagi_anak_dan_negara_Indonesia.pdf)

de Britto Pereira, P.A.D. *et al.* (2021) 'Pediatrics massage evidence map', *Complementary Therapies in Medicine*. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102774>.

Depkes RI. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Destiadi A, Nindya T S, & Sumarmi S. (2015). Frekuensi Kunjungan Posyandu Dan Riwayat Kenaikan Berat Badan Sebagai Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Anak Usia 3 - 5 Tahun. *Media Gizi Indonesia*, 10(1), 71-75.

Dewi, S. K., & Fuad, A. (2022). Strategi Segmenting, Targeting, dan Positioning dalam Rangka Percepatan Penurunan Stunting di Provinsi Banten. *JDKP Jurnal Desentralisasi Dan Kebijakan Publik*, 3(2), 398-406.
<https://doi.org/10.30656/jdkp.v3i2.5914>

Direktorat Gizi Masyarakat Kemenkes RI. (2018). Buku Saku Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Balita Tahun 2017. In *Kemenkes RI*. file:///E:/jurnal skripsi/mau di print/referensi/Buku-Saku-Nasional-PSG-2017_975.pdf%0D

- Direktorat Gizi Masyarakat, 2020. Pedoman Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi Ibu Hamil Pada Masa Pandemi COVID-19 bagi Tenaga Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- DITJEN BPD, 2023. Uraian Pekerjaan Tenaga Ahli Muda Pemantauan Dan Pelaporan Program Stunting.
- Elan Satriawan, 2018. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024.
- Family and community practices that promote child survival, growth and development - WHO.
Dari: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42924/9241591501.pdf>.
- Fida dan Maya (2012) *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak*. Jogjakarta: D-Medika
- Fitriani, I., Abdurahman, F., Abdullah, A., Maidar, M., & Ichwansyah, F. (2022). Determinan stunting pada bayi usia 0 - 24 bulan di Kabupaten Pidie: Studi kasus-kontrol. *Action: Aceh Nutrition Journal*, 7(2), 187. <https://doi.org/10.30867/action.v7i2.502>
- Fitriani, A., Friscila, I., Maayah, N., Elvieta, E., & Fatiyani, F. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Stunting di Puskesmas Syamtalira Aron. *Jurnal Medikes (Media Informasi Kesehatan)*, 9(1), 47-56.
- Growth, S. (2014) 'Beyond Malnutrition', *Environmental Health Perspectives*, 122(11), pp. 298-303.
- Hairunis, M. N., Rohmawati, N., & Ratnawati, L. (2016). Determinan Kejadian Stunting Pada Anak Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Soromandi Kabupaten Bima Nusa Tenggara Barat. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 4(2)(2), 323-329.
- Haskas, Y., 2020. Gambaran Stunting Di Indonesia : Literatur Review. *J. Ilm. Kesehat. Diagn.* 15, 154-157.

- Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2011). Buku Ajar Nutrisi Pediatrik dan Penyakit Metabolik. *Jakarta: Badan Penerbit IDAI.*
- Ikatan Dokter Anak. (2017). *Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI).*
- Imron, A., Dini, C.Y., Pratama, S.A., Aziz, U.K., Mudiayah, S., Herowati, D., Hartanti, F.I., 2022. Cross-Sectoral Synergy in Accelerating The Reduction of Stunting in Nganjuk Regency, East Java. *Media Gizi Indonesia. Natl. Nutr. J. SP(1), 239–243.*
<https://doi.org/10.20473/mgi.v17i1SP.239-243>
- Irwansyah, I., Ismail, D., & Hakimi, M. (2016). Kehamilan remaja dan kejadian stunting pada anak usia 6-23 bulan di Lombok Barat. *Berita Kedokteran Masyarakat, 32(6), 209.*
<https://doi.org/10.22146/bkm.8628>
- Jayanti, N. L. (2022). Gambaran Perkembangan Anak Balita Stunting Di puskesmas Bebandem Karangasem. *Repository Poltekkes Denpasar, 2(2022), 2003–2005.*
- Jitowiyono, S dan Kristiyanasari, W (2011) Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak. Yogyakarta: Nuha Medika.
- John W. Santrock (2007) *Perkembangan Anak. Jilid 1 Edisi kesebelas.* Jakarta : PT. Erlangga.
- Joint, U., Programme, M. and Supply, W. (2013) '2013 Annual Report Annual report'.
- Juniarti, L., Zulkarnain, & Novikasari. (2022). Analisis 4 T dengan Kejadian Stunting. *Jurnal Kesehatan, 13(2), 027–031.*
- Juwairiah And Fatma Zulaikha (2017) *Karya Ilmiah Akhir : Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Bayi Prematur Dengan Intervensi Inovasi Stimulasi Taktil Kinestetik Terhadap Perubahan Tanda-Tanda Vital Di Ruang Nicu Rsud Abdul Wahab Sjahrane Samarinda Tahun 2017.* Samarinda: Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.

- Juwita, S., Argaheni, N.B. And Alristina, A.D. (2023) 'Scoping Review: Application Of Tactile/Kinesthetic Stimulation In Preterm Infants', *Placentum Jurnal Kesehatan Dan Aplikasinya*, 11(1), P. 2023.
- Kemenkes RI, L. (2013) 'Laporan Nasional Riskesdas 2013', in.
- Kemenkes RI, L. (2018) 'Laporan Nasional Riskesdas 2018', in.
- Kemenkes RI. (2018). *Pedoman Strategi Komunikasi: Perubahan Perilaku dalam Percepatan Pencegahan Stunting Indonesia*.
- Kemenkes RI. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak. *Jakarta: Menteri kesehatan republik indonesia*.
- Kemenkes RI. (2022). Profil Kesehatan Indonesia 2021. In *Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*.
- Kemenkes, D.K. (2017) 'Stunting; Dalam Kacamata Kesehatan Lingkungan'. Available at: <http://stbm.kemkes.go.id/app/news/11651/stunting-dalam-kacamata-kesehatan-lingkungan>.
- Kemenkes. (2023). *Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022*. 1–7.
- Kemenkes. (2023). *Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022*. 1–7.
- Kemenko PMK RI. (2021). Siaran Pers Nomor: 16/HUMAS PMK/I/2022. *Kemenkopmk*, 5–6.
- Kementerian Bappenas. (2018). Strategi Nasional Percepatan-Pencegahan Stunting Periode 2018-2024.
- Kementerian Bappenas. (2021). Ringkasan Rincian Output (RO) Kementerian/lembaga Tahun Anggaran 2021 yang mendukung percepatan Penurunan Stunting.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020'.
- Kementerian Kesehatan RI, 2019. Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita. Kemenkes RI., Jakarta.

- Kementerian Kesehatan RI, 2022. Modul Pelatihan Pelatih Konseling Pemberian Makan Bayi Dan Anak (PMBA. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Topik Utama Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia. In *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan* (Vol. 53, Issue 9). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kenali Stunting dan Cara Pencegahannya. - RS Awal Bros. Dari: <https://awalbros.com/anak/kenali-stunting-dan-cara-pencegahannya/>.
- KESEHATAN, K., INDONESIA, R. and Masyarakat, D.J.K. (2017) *Modul Pelatihan Fasilitator STBM Stuntin (1)*.
- Khotimah, K., 2022. Dampak Stunting dalam Perekonomian di Indonesia 2.
- Kurniatin, L. F., & Lepita, L. (2020). Determinan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 24-59 Bulan Di Wilayah Puskesmas Saigon Kecamatan Pontianak Timur. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Kemenkes Ri Pangkalpinang*, 8(1), 9. <https://doi.org/10.32922/jkp.v8i1.105>
- Kuswanti, I., & Khairani Azzahra, S. (2022). Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Pemenuhan Gizi Seimbang Dengan Perilaku Pencegahan Stunting Pada Balita. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 13(1), 15-22. <https://doi.org/10.36419/jki.v13i1.560>
- Marimbi Hanum (2010) *Tumbuh Kembang, Status Gizi, dan Imunisasi Dasar Pada Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Maryunani, A. (2015). *Inisiasi Menyusu Dini, Asi Eksklusif dan Manajemen Laktasi*.
- Mubarak, W. I., Cahayatin, N., Rozikin, K., & Supradi. (2007). *Promosi Kesehatan :Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Muljati, S., Triwinarto, A., Budiman, B, 2011. Determinan stunting pada anak usia 2-3 tahun di tingkat provinsi. *Determinants of stunting in children 2-3 years of age at province level*. PGM.34(1):50-62
- Muslimah, R.H., Widjaja, G., 2022. Kebijakan Dan Peran Lintas Sektor Pemerintah Dalam Penanggulangan Masalah Stunting Pada Anak Di Kota Bekasi. *Cross-Bord*. 5, 308-321.
- Mustika, M., Utami, H., Kustiyah, L., & Dwiriani, C. M. (2023). *Faktor Risiko Stunting , Anemia Defisiensi Besi , dan Eksistensinya pada Anak Usia 6-9 Tahun di Indonesia : Hasil dari Indonesian Family Life Survei (IFLS-5) tahun 2014-2015 Risk Factors of Stunting , Iron Deficiency Anemia , and Their Coexistence amo*. 7(1), 120-130. <https://doi.org/10.20473/amnt.v7i1.2023.120-130>
- Nahriyah Syafa'atun (2018) *Tumbuh Kembang Anak di Era Digital*. Majalengka; Jurnal Pendidikan dan Studi Islam
- Najahah, I., Adhi, K. T., & Pinatih, G. N. I. (2013). Faktor risiko balita stunting usia 12-36 bulan di Puskesmas Dasan Agung, Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 1(2), 103-108. <https://doi.org/10.15562/phpma.v1i2.171>
- Nasikhah, R. 2012. Faktor risiko kejadian stunting pada baduta usia 24-36 bulan di Kecamatan Semarang Timur. <https://core.ac.uk/download/files/379/11736670.pdf>.
- Netty, T. (2017). *Penilaian Status Gizi*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pangaribuan, S. R. U., MT.Napitupulu, D., & Kalsum, U. (2022). Jurnal pembangunan berkelanjutan. *Jurnal Pembangunan Berkelanjutan*, 5(2), 54-63.

- Par'i, H.M. (2017) *Penilaian Status Gizi*. Edited by E. Rezkina. Jakarta: EGC.
- Paudel, R., Pradhan, B., & Pahari, D. P. (2012). Risk Factors for Stunting Among Children: A Community Based Case Control Risk Factors for Stunting Among Children: A Community Based Case Control Study in Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*, July. <https://doi.org/10.3126/kumj.v10i3.8012>
- Permanasari, Y., Permana, M., Pambudi, J., Rosha, B.C., Susilawati, M.D., Rahajeng, E., Triwinarto, A., Prasodjo, R.S., 2020. Tantangan Implementasi Konvergensi pada Program Pencegahan Stunting di Kabupaten Prioritas. *Media Penelit. Dan Pengemb. Kesehat. Media Health Res. Dev.* 30, 315-328. <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i4.3586>
- Permenkes (2014) *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2014 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*.
- Picauly, I., Toy, S.M., 2013. Analisis Determinan Dan Pengaruh Stunting Terhadap Prestasi Belajar Anak Sekolah Di Kupang Dan Sumba Timur, *NTT. J. Gizi Dan Pangan* 8, 55-62. <https://doi.org/10.25182/jgp.2013.8.1.55-62>
- Program Penurunan Stunting, Apa Susahnya? - Kemenkeu. Dari: <https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kpknl-ternate/baca-artikel/15305/Program-Penurunan-Stunting-Apa-Susahnya.html>
- Pungkas Bahjuri Ali, 2018. Integrasi Program Percepatan Penurunan Stunting.
- Rafika, M. 2019. Dampak Stunting Pada Kondisi Psikologis Anak. *Buletin Jagaddhita* Vol. 1, No. 1, Februari 2019.
- Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A. O., & Anggraini, L. (2018). Study Guide - Stunting dan Upaya Pencegahannya. In *Buku stunting dan upaya pencegahannya*.
- Rahmawati, D., Soedjono, E. S., Margini, N. F., & Pacitan, K. (2022). Pembuatan Prototipe Sarana Air Bersih Sebagai Solusi

Alternatif Percepatan Penurunan Stunting Di. *Media Gizi Indonesia (National Nutrition Journal)*., 1(1), 127–138.

- Ratu, N. C., Punduh, M. I., & Malonda, N. S. H. (2018). Hubungan Tinggi Badan Orangtua Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 24-59 Bulan Di Kecamatan Ratahan Kabupaten Minahasa Tenggara. *Jurnal KESMAS*, 7(4), 24–59.
- Renyonet, B.S., Martianto, D., Sukandar, D., 2016. Potensi Kerugian Ekonomi Karena Stunting Pada Balita Di Indonesia Tahun 2013.
- Rezkiyanti, F. A. (2021). Sumber Zat Gizi dan Penilaian Status Gizi.
- Rita Kirana, Aprianti, N. W. H. (2022). Pengaruh Media Promosi Kesehatan Terhadap Perilaku Ibu Dalam Pencegahan Stunting Di Masa Pandemi Covid-19 (Pada Anak Sekolah Tk Kuncup Harapan Banjarbaru). *Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(9), 2899–2906.
- Rosha, B.C., Sari, K., Yunita I., Amaliah. N., Utami, N.H., 2016. Peran Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif dalam Perbaikan Masalah Gizi Balita di Kota Bogor, Buletin Penelitian Kesehatan. 44 (2). 127 - 138
- Sakti, S.A., 2020. Pengaruh Stunting pada Tumbuh Kembang Anak Periode Golden Age. *Biormatika J. Ilm. Fak. Kegur. Dan Ilmu Pendidik.* 6, 169–175.
<https://doi.org/10.35569/biormatika.v6i1.709>
- Sania, A., Spiegelman, D., Rich-Edwards, J., Hertzmark, E., Mwiru, R. S., Kisenge, R., & Fawzi, W. W. (2015). The contribution of preterm birth and intrauterine growth restriction to childhood undernutrition in Tanzania. *Maternal and Child Nutrition*, 11(4), 618–630.
<https://doi.org/10.1111/mcn.12123>
- Santhya, K. G., & Jejeebhoy, S. J. (2015). Theme : Adolescents` Health and Human Right. Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls : Evidence from low- and middle-income

countries. *Global Public Health*, 10(2), 189–221.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2014.986169>

Saraswati, A.T, Sulchan M, 2016. Kejadian sindrom metabolik pada remaja putri stunted obesity di pedesaan Jepara. *Journal of nutrition college*, Vol. 5 No 3. 192-197

Sarma, H., & Khan, J. R. (2017). *Factors Influencing the Prevalence of Stunting Among Children Factors Influencing the Prevalence of Stunting Among Children Aged Below Five Years in Bangladesh. March 2018.* <https://doi.org/10.1177/0379572117710103>

Senbanjo, I. O., Oshikoya, K. A., Odusanya, O. O., & Njokanma, O. F. (2011). *Prevalence of and Risk factors for Stunting among School Children and Adolescents in Abeokuta , Southwest Nigeria.* 29(4), 364–370.

Stenberg, K., Axelson, H., Sheehan, P., Anderson, I., Gulmezoglu, A.M., Temmerman M., et al., 2014. Advancing social and economic development by investing in women’s and children’s health: a new Global Investment Framework. *Lancet*, 383, No. 9925. p.1333-1354.

Stunting: What it is and what it means - Concern Worldwide U.S..
Dari: <https://concernusa.org/story/what-is-stunting/>.

Sudikno. (2019). Laporan Akhir Studi Status Gizi Balita di Indonesia. 1–190.

Sutarmi, S. et al. (2022) *Effectiveness of Healthy Massage on Growth and Development among Stunting Babies, Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences.*

Sutarto, Diana Mayasari, R. I. (2018). Stunting, Faktor Resiko dan Pencegahannya. *J Agromedicine*, 5.
<https://doi.org/10.1201/9781439810590-c34>

Teshome, B., Kogi-makau, W., Getahun, Z., & Taye, G. (2015). *Magnitude and determinants of stunting in children under- five years of age in food surplus region of Ethiopia : The case of West Gojam Zone.* October.
<https://doi.org/10.4314/ejhd.v23i2.53223>

- The Word Bank. (2019). Spending Better To Reduce Stunting in Indonesia.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. (2017). 100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk intervensi Anak Kerdil (Stunting). *感染症誌*, 91, 399–404.
- Trihono *et al.* (2015) *Pendek (Stunting) di Indonesia, Masalah dan Solusinya*. 1st edn. Edited by M. Sudomo. Jakarta: Lembaga Penerbit Balitbangkes.
- Underdown, A., Barlow, J. and Stewart-Brown, S. (2010) 'Tactile stimulation in physically healthy infants: Results of a systematic review', *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1). Available at: <https://doi.org/10.1080/02646830903247209>.
- UNICEF. (2014). Every child counts : revealing disparities, advancing children's rights. In *Unicef*. <https://eric.ed.gov/?id=ED560009>
- Valid International. (2018). A Guide to Implementing Nutrition and Food Security Surveys. -. <https://nutriverse.io/nutrisurvei/index.html>
- Wardita, Y., Suprayitno, E., & Kurniyati, E. M. (2021). Determinants of Stunting in Toddlers. *Journal Of Health Science*, VI(1), 7–12. <https://www.ejournalwiraraja.com/index.php/JIK>
- What is stunting? And why should we know about it? - Concern Worldwide . Dari: <https://concern.org.uk/news-blog/what-stunting-and-why-should-we-know-about-it>.
- WHO (2020) *Global Nutrition Report : Action on equity to end malnutrition*. *Global Nutrition Report* 118.
- Wiji, R. N. (2013). *ASI dan Panduan Menyusui*.
- World Health Organization. (2008). WHO child growth standards: training course on child growth assessment.
- Yanuar, A., Pamungkas, F., Trianita, D., & Wilujeng, A. P. (2022). Pengaruh OTOF (One Team Student One Family) terhadap

Pengetahuan Ibu dengan Balita Mencegah Stunting. In *Journal of Holistic Nursing and Health Science* (Vol. 5, Issue 2). <https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/hnhs>

Yoanita, R. *et al.* (2021) 'Effect of tactile-kinesthetic stimulation on growth, neurobehavior and development among preterm neonates', *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 28. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2021.06.023>.

Zulkarnaen, Z., & Soesilo, N. I. (2021). Determinan Dan Kebijakan Penanganan Stunting Di Indonesia. *Jurnal Politik Pemerintahan Dharma Praja*, 14(1), 94-110. <https://doi.org/10.33701/jppdp.v14i1.1497>

TENTANG PENULIS



Samsuddin, S.Kep.Ns.,M.Kep., lahir di Tapungaya Konawe Utara, pada 25 April 1977. Ia tercatat sebagai lulusan Magister Keperawatan FK UGM Yogyakarta.. Beliau yang biasa disapa pasyam ini tercatat sebagai salah satu dosen di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari. Beliau saat ini fokus pada penelitian dan pengabdian masyarakat tentang stunting.



Shelly Festilia Agusanty, S.Gz, MPH, lahir di Pontianak pada 1 Agustus 1974. Lulus pendidikan strata-1 Gizi dan Kesehatan di Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2007 dan strata-2 Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Gizi Kesehatan di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 2014 Saat ini bekerja sebagai tenaga pengajar pada Politeknik Kesehatan Pontianak Jurusan Gizi.



Dr.dr. Desmawati, M.Gizi, lahir di Agam, pada 13 Desember 1981. Ia tercatat sebagai lulusan Magister Gizi Klinik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dan menamatkan pendidikan doktor di Universitas Andalas. Ia terlahir dari pasangan Dalius (ayah) dan Asnidar (ibu). Desmawati merupakan staf pengajar di Departemen Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Desmawati bisa dihubungi via email desmawatti13@gmail.com



Lydia Febri Kurniatin, S.ST., M.Keb, lahir di Sambas, pada 22 Februari 1990. Ia tercatat sebagai lulusan Poltekkes Kemenkes Pontianak (DIII Kebidanan), Universitas Aisyiyah Yogyakarta (D IV Bidan Pendidik) dan Magister Kebidanan Universitas Andalas Padang tahun 2018. Ia merupakan ketua ikatan alumni bidan Poltekkes Pontianak (Ikabiponti) dan Kaprodi D III Kebidanan di kampus yang sama.



Bd. Fitriyani Bahriyah, S.Tr.Keb., M.Keb lahir di Suka Maju pada 2 April 1993. Penulis merupakan Dosen Prodi DIII Kebidanan Institut Teknologi dan Bisnis Indragiri. Penulis merupakan lulusan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. Penulis rutin menulis, publikasi dan melaksanakan pengabdian di bidang kesehatan.



Isra Wati, S. ST., M. Keb lahir di Kendari, pada 24 Januari 1993. Ia merupakan lulusan DIV Bidan Pendidik di Universitas Respati Yogyakarta dan telah menyelesaikan Pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2020. Wanita yang disapa "**Isra**" ini merupakan anak kedua dari 3 bersaudara dari ayah yang bernama Basir dan Ibu bernama Hasnah



Sitti Marya Ulva, SKM., M.Kes, lahir di Bau Bau, pada tanggal 28 Juli 1989. Ia tercatat sebagai lulusan S1 STIKES Mandala Waluya Kendari pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Tahun 2011 dan S2 STIK Tamalatea Makassar pada Program Studi

Ilmu Kesehatan Masyarakat Tahun 2014. Wanita yang kerap disapa Ulva ini adalah anak dari pasangan Kapten Inf (Purn) La Ode Ege, (ayah) dan Bau Nur (ibu). Penelitian yang pernah dilakukan adalah Studi Komparasi Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Wilayah Pesisir Dan Pegunungan Wilayah Kecamatan Kendari.



Umbu Putal Abselian, S.Kep.Ns., lahir di Sumba Timur, (NTT) pada tanggal 25 Juli 1979. Penulis Bekerja di Poltekkes Kemenkes Kupang (Prodi Keperawatan Waingapu). Penulis menyelesaikan Pendidikan SD 1992, SMP tahun 1995, Sekolah Perawat Kesehatan 1999, melanjutkan Studi Diploma III Keperawatan tahun 2004, Sarjana Keperawatan tahun 2010, saat ini sedang menyelesaikan Pendidikan pada Pasca Sarjana Sains Terapan di Poltekkes Semarang dengan konsentrasi pada Keperawatan Medikal Bedah. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen, penulis aktif sebagai peneliti di bidang keperawatan, melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi.



Uliyatul Laili, SST.Bdn., M.Keb lahir di Sidoarjo, pada 15 Mei 1987. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2014 pada program Magister Kebidanan. Wanita yang kerap disapa Uli ini adalah anak dari pasangan M.Usman (ayah) dan Mucholisnah (ibu). **Uliyatul Laili** berprofesi sebagai Dosen pada PTS sejak tahun 2012 dan mulai menulis beberapa artikel penelitian yang telah terbit pada jurnal-jurnal nasional dan internasional.



Mayurni Firdayana Malik, SKM, M.Kes.

Seorang Penulis dan Dosen Prodi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Masyarakat, Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna Kendari. Lahir di Kendari tanggal 19 Mei 1982, Penulis merupakan anak pertama dari lima bersaudara dari pasangan bapak Mardjuddin malik dan Ibu Sitti Rachmatiah. ia menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) di Sekolah tinggi ilmu kesehatan avicenna kendari Prodi Epidemiologi dan Biostatistik Pada tahun 2006 dan menyelesaikan program Pascasarjana (S2) tahun 2014 di Universitas Indonesia Timur Makassar Peminatan Promosi kesehatan. Saat Ini penulis bekerja di Institut teknologi dan kesehatan avicenna sebagai dosen tetap Prodi S1 Kesehatan Masyarakat dan merangkap sebagai Sekretaris Jurusan Gizi Kesmas Di ITK Avicenna Di Kota Kendari SULTRA. Email; maymalik08@gmail.com



Happy Novriyanti Purwadi, SKM., MKM.

Lahir di Tangerang pada tanggal 15 November 1984, saat ini bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten yang terletak di daerah Tangerang Selatan BSD City. Sebagai Ketua LPPM dan Dosen Tetap pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat.



Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep

Lahir di Ponorogo, 22 Agustus 1980. Penulis adalah anak ke-1 dari 2 bersaudara. Lulus sekolah dasar tahun 1993, sekolah menengah pertama tahun 1996; semuanya di Ponorogo. Sekolah menengah atas lulus 1999 di SMAN I Kotamadya Blitar. Pendidikan profesi ners selesai di tahun 2006 serta Magister Keperawatan selesai tahun 2016; di Universitas Gadjah Mada

Yogyakarta. Penulis adalah dosen STIKES Wira Husada Yogyakarta. Prestasi yang pernah dicapai penulis antara lain : mendapatkan hibah PDP dari kemenristekdikti sebagai anggota pada tahun 2016 serta tahun 2022 sebagai ketua, mendapatkan hibah abdimas dan penelitian dari L2DIKTI wilayah 5 sebelum tahun 2012, best oral presenter dalam agenda seminar nasional IPANI tahun 2021, dll. Selain itu juga aktif dalam kegiatan UKM muslim di kampus. Peminatan penulis adalah di bidang perawatan anak termasuk juga pendidikan di setting terkait. Penulis juga aktif sebagai kader Posyandu lansia di kampungnya. Penulis mempunyai 4 putra; putra 1 di SMPIT Salman Al Farisi Yogyakarta, putra ke-2 di SDIT Ukhuwah Islamiyah Kalasan Sleman, putra ke-3 dan ke-4 kembar saat ini di TKIT Ukhuwah Islamiyah Kalasan. CP : 081392060200 dengan email yulirnawati80@gmail.com Penulis menekuni bidang menulis sejak tahun 2022.