

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 *Stunting* pada Balita**

##### **2.1.1 Pengertian *Stunting***

*Stunting*/pendek merupakan kondisi anak yang mengalami malnutrisi dalam jangka waktu yang lama. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada Indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek).

Balita pendek adalah balita dengan status gizi berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umur bila dibandingkan dengan standar baku WHO, nilai Zscorenya kurang dari -2SD dan dikategorikan sangat pendek jika nilai Zscorenya kurang dari -3SD (Kemenkes, RI 2016). *Stunting* pada anak merupakan salah satu ciri anak untuk menentukan masa depannya. Pada anak yang mengalami kerusakan pertumbuhan dan perkembangan sejak dini yang kurang baik akan mengakibatkan kerusakan permanen (Anisa, 2012). Perawakan pendek (*stunting*) merupakan suatu terminologi untuk tinggi badan yang berada di bawah persentil 3 atau -2 SD pada kurva pertumbuhan yang berlaku pada populasi tersebut (IDAI, 2010).

##### **2.1.2 Penyebab *Stunting***

Salah satu masalah gizi yang menjadi perhatian utama saat ini adalah *stunting*. Anak yang mengalami *stunting* lebih banyak disebabkan karena rendahnya asupan gizi dan penyakit yang berulang akibat lingkungan yang tidak sehat. Masalah gizi

kronis pada balita dapat disebabkan karena asupan gizi yang kurang dalam jangka waktu yang lama karena orang tua atau keluarga tidak tahu atau belum memberikan makanan yang sesuai dengan kebutuhan gizi anak (Depkes,2012).

### 2.1.3 Penilaian *stunting* secara antropometri

Penilaian *stunting* pada anak dilakukan dengan cara pengukuran. Penilaian *stunting* secara antropometri menggunakan indeks Penilaian status gizi balita berdasarkan TB/U dikenal sebagai *stunting* (Wiyogawati, 2010). Penentuan perawakan pendek, dapat menggunakan beberapa standar antara lain Z-skore bak National center for health statistic/ Center for diseases control (NCHS/CDC) atau Child Growth Standar World Health Organization (WHO) tahun 2005 (WHO, 2006 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014).

**Tabel 2.1 Kategori *stunting* berdasarkan Z-score standar WHO 2005**

Indeks	Ambang batas	Status Gizi
TB/U	$>+ 2SD$	Jangkung
	$-2 SD \text{ sd } +2 SD$	Normal
	$-3 SD \text{ sd } <-2 SD$	Stunting
	$<- 3 SD$	Stunting berat

Sumber : Kadek Wini Mardewi, 2014

### 2.1.4 Tata laksana *stunting*

Berbagai upaya dilakukan untuk tata laksana optimal anak dengan perawakan pendek. Anak dengan variasi normal perawakan pendek biasanya tidak memerlukan pengobatan, sedangkan anak dengan kelainan patologis memerlukan terapi sesuai dengan etiologinya (IDAI, 2010). Salah satu prioritas pembangunan

nasional sebagaimana tertuang pada dokumen Rencana Pembangunan Jangka Pendek Nasional (RPJPN) dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014 adalah perbaikan status gizi masyarakat. Sasaran jangka menengah perbaikan gizi yang telah ditetapkan adalah menurunnya prevalensi gizi kurang menjadi setinggi-tingginya 15% dan prevalensi pendek (stunting) menjadi setinggi-tingginya 32% pada tahun 2014 (Kemenkes RI, 2013).

Penanggulangan masalah gizi berdasarkan Kemenkes RI (2013) :

a. Pendidikan gizi dan pemberdayaan masyarakat

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan petugas dalam rangka memberikan pelayanan dan penanganan gizi yang berkualitas. Selain itu, kegiatan ini untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan perilaku masyarakat tentang gizi.

1) Gerakan nasional percepatan perbaikan gizi

Gerakan nasional percepatan perbaikan gizi adalah upaya meningkatkan partisipasi dan kepedulian untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat dalam menerapkan gizi seimbang dalam kehidupan sehari-hari menuju Indonesia prima. Kegiatan pokok gerakan nasional percepatan perbaikan gizi adalah:

a) Kampanye tingkat nasional dan daerah

b) Peningkatan kapasitas petugas ditingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota dalam rangka perencanaan, koordinasi, dan evaluasi sehingga tercipta dialog untuk menggalang dukungan.

c) Peningkatan pengetahuan gizi kepada ibu hamil, ibu menyusui, ibu balita, anak sekolah, remaja, lanjut usia dan masyarakat umum melalui media poster, leaflet,

spanduk, dan baliho.

2) Sosialisasi penanganan dan pencegahan *stunting*. Kegiatan sosialisasi ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang sama tentang penerapan dan penanggulangan *stunting*. Sasaran pesertanya adalah pemangku kepentingan dari dinas kesehatan provinsi, lintas sector dan lintas program.

3) Akselerasi perbaikan gizi pada 1000 hari pertama kehidupan dalam rangka pencegahan dan penanggulangan *stunting*. Kegiatan akselerasi ini bertujuan mempercepat status gizi dan kesehatan ibu anak pada periode 1000 hari kehidupan yaitu 270 hari pada masa kehamilan dan 750 hari pada hari pertama kehidupan bayi yang dilahirkannya dengan sasaran pemangku kepentingan dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, lintas sector dan lintas program.

4) Sosialisasi dan advokasi dan penanggulangan masalah GAKI Bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan dukungan dari lintas sector terkait dalam penanggulangan masalah GAKI di tingkat kabupaten. Salah satu out-putnya adalah terbentuknya tim GAKI kabupaten.

b. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia gizi

1) Pelatihan fasilitator atau petugas

Kegiatan ini bertujuan untuk menyiapkan tenaga kesehatan terlatih dan kompeten dalam menyampaikan informasi dan pengetahuan dalam bidang gizi, guna membantu masyarakat dalam meningkatkan status gizi.

Kegiatan peningkatan kapasitas yang dilakukan pada tahun 2013 adalah:

a) Pelatihan training of trainer (TOT)

penggunaan standar pertumbuhan balita Kegiatan ini bertujuan meningkatkan kemampuan teknis profesi kesehatan dalam standar antropometri penilaian status

gizi dengan sasaran petugas kesehatan menggunakan teknik pelatihan berbasis kompetensi dengan teknik pembelajaran bagi orang dewasa.

b) Peningkatan kapasitas fasilitator dalam tata laksana gizi buruk

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kompetensi tenaga kesehatan tentang tata laksana gizi buruk untuk menjadi fasilitator. Peserta pelatihan adalah pengelola gizi provinsi kota/kabupaten, dokter spesialis anak dan ahli gizi dirumah sakit dari masing-masing daerah terpilih.

c) TOT konselor menyusui

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan kompetensi, keterampilan dan pengetahuan konselor menyusui untuk menjadi fasilitator. Peserta pelatihan adalah konselor dari pusat, provinsi, kabupaten terpilih.

### **2.1.5 Efek jangka panjang**

Masalah stunting pada balita perlu mendapat perhatian khusus karena dapat menghambat pertumbuhan fisik dan perkembangan mental anak (Kusuma dan Nuryanto, 2013). Hal ini disebabkan oleh adanya keterlambatan kematangan sel-sel saraf terutama dibagian cerebellum yang merupakan pusat koordinasi gerak motorik (Levitsky DA 1995 dalam Susanty dan Margawati 2012). Perkembangan motorik merupakan aspek perkembangan yang penting karena berkaitan dengan perkembangan kognitif. Perkembangan kognitif inilah yang secara tidak langsung akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia (Gamayanti IL 2010 dalam Susanti dan Margawati 2012). Stunting berkaitan dengan peningkatan resiko kesehatan dan kematian serta terhambatnya pertumbuhan kemampuan motorik dan mental (Purwandini 2013 dalam Kusuma dan Nuryanto, 2013). Balita yang mengalami stunting memiliki risiko terjadinya penurunan kemampuan intelektual,

produktivitas, dan peningkatan risiko penyakit degenerative di kemudian hari (Anugraheni H, 2012).

Anak *stunting* rentan terhadap penyakit infeksi sehingga beresiko mengalami penurunan kualitas belajar (Yunitasari.L, 2012). *Stunting* juga meningkatkan resiko obesitas, karena orang dengan tubuh pendek berat badan idealnya juga rendah. Kenaikan berat badan beberapa kilogram saja dapat menjadikan indeks massa tubuh (IMT) orang tersebut naik melebihi batas normal. Keadaan overweight dan obesitas yang terus berlangsung lama akan meningkatkan risiko kejadian penyakit degeneratif (Anugraheni H, 2012). Anak-anak yang bertubuh pendek (stunted) pada usia kanak-kanak dini terus menunjukkan kemampuan yang lebih buruk dalam fungsi kognitif yang beragam dan prestasi sekolah yang lebih buruk jika dibandingkan dengan anak-anak yang bertubuh normal hingga usia 12 tahun. Mereka juga memiliki permasalahan perilaku, lebih terhambat, dan kurang perhatian serta lebih menunjukkan gangguan tingkah laku (conduct disorders) (Manary, M.J. & Solomons, N.W, 2008).

*Stunting* berkaitan dengan peningkatan risiko kesakitan dan kematian serta terhambatnya kemampuan mental dan motorik. Balita yang mengalami stunting memiliki risiko terjadinya penurunan kemampuan intelektual, produktivitas, dan peningkatan risiko penyakit degenerative di masa mendatang (Anugraheni H, 2012). Hal ini dikarenakan anak stunting juga rentan terhadap penyakit infeksi sehingga beresiko mengalami penurunan kualitas belajar di sekolah dan beresiko lebih sering absen (Yunitasari L. 2012)

Kondisi stunting pada masa balita dapat menyebabkan gangguan fungsi kognitif, dan psikomotor serta penurunan produktifitas ketika dewasa (Milman dkk

2011 dalam Nasikhah 2012). Menurut UNICEF (2012), studi menunjukkan bahwa kinerja pendidikan yang buruk, penurunan lama pendidikan, penurunan pendapatan ketika dewasa semuanya dapat dikaitkan dengan anak-anak muda yang bertubuh pendek (*stunting*). Menurut, kelompok wanita pendek terbukti melahirkan 46,7% bayi pendek (Bappenas 2011). Karena itu masalah gizi intergenerasi ini perlu mendapat perhatian karena telah terbukti mempengaruhi kualitas bangsa. *Stunting* juga meningkatkan risiko obesitas, karena orang dengan tubuh pendek berat badan idealnya juga rendah. Kenaikan berat badan beberapa kilogram juga bisa menjadikan indeks massa tubuh (IMT) orang tersebut naik melebihi batas normal. Keadaan overweight yang terus berlangsung lama akan meningkatkan risiko kejadian penyakit degeneratif (Anugraheni H. 2012).

Perawakan pendek (*stunting*) mengakibatkan meningkatnya risiko penyakit metabolik seperti diabetes tipe II pada usia remaja (Kimani Murage, dkk, 2010 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014). Kondisi ini juga mengganggu perkembangan kognitif, rendahnya tingkat pendidikan yang diperoleh serta rendahnya pendapatan (Cheung dan Asorn, 2009 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014). Prevalensi infeksi menjadi meningkat akibat imunitas yang menurun, mengalami defisit fisik dan fungsional. Perawakan pendek pada masa anak-anak akan menetap pada masa dewasa sehingga dapat menurunkan kapasitas kerja dan kualitas kerja (Senbanjo, dkk.2010 dalam Kadek Wini Mardewi, 2014). *Stunting* menyebabkan cacat kognitif jangka panjang, prestasi yang buruk di sekolah, produktifitas ekonomi saat dewasa yang lebih rendah, dan peningkatan resiko *stunting* ke generasi berikutnya (Victoria CG et al, 2008 dalam Andrew J, 2014).

## **2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Balita**

Pertumbuhan (growth) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, dan fungsi tingkat sel, organ maupun individu, yang diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Menurut Jelliffe D.B (1989) dalam Supriasa (2001) pertumbuhan adalah peningkatan secara bertahap dari tubuh, organ dan jaringan dari masa bayi sampai remaja.

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola teratur dan dapat dinamakan sebagai hasil proses pematangan. Adapula yang mendefinisikan bahwa perkembangan adalah penampilan kemampuan (*skill*) yang diakibatkan oleh kematangan sistem saraf pusat, khususnya di otak. Mengukur perkembangan tidak dapat dengan menggunakan antropometri, tetapi pada anak yang sehat perkembangan searah (parallel) dengan pertumbuhannya.

Pertumbuhan optimal sangat dipengaruhi oleh potensi biologisnya. Tingkat pencapaian fungsi biologis seseorang merupakan hasil interaksi berbagai faktor yang saling berkaitan yaitu : faktor genetik, lingkungan “bio-fisiko-psikososial”, dan perilaku.

## **2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya stunting**

Status gizi dan kesehatan ibu dan anak sebagai penentu kualitas sumber daya manusia, semakin jelas dengan adanya bukti bahwa status gizi dan kesehatan ibu pada masa pra hamil, saat kehamilan dan saat menyusui merupakan periode yang sangat kritis. Periode seribu hari, yaitu 270 hari selama kehamilan dan 730 hari pada hari pertama kehidupan bayi yang dilahirkannya merupakan periode sensitif karena pertumbuhan pada masa ini bersifat permanen yang tidak dapat dikoreksi. Tidak hanya pada perkembangan fisik, namun juga pada perkembangan kecerdasan dan mentalnya. Jika pada usia dewasa dilihat dari ukuran fisik yang tidak optimal. (Kerangka kebijakan 1000 HPK). Pertumbuhan linear di mulai di dalam rahim dan selama 2 (Dua) tahun pertama kehidupan, sebagian besar irreversible setelahnya (Victoria CG et al, 2010 dalam Andrew J et al, 2014).



### **2.3.1 Dalam kandungan**

Dalam kandungan, janin akan tumbuh dan berkembang melalui penambahan berat dan panjang badan, perkembangan otak serta organ- organ lainnya seperti jantung, hati dan ginjal. Janin mempunyai plastisitas yang tinggi, artinya janin menyesuaikan diri dengan mudah baik dilingkungan yang baik atau tidak. Apabila perubahan tersebut terjadi, maka tidak dapat kembali ke keadaan semula. Itu merupakan perubahan interaksi antara gen yang sudah dibawa sejak dalam kandungan. Pada saat dilahirkan sebagian perubahan tersebut menetap atau selesai, kecuali beberapa fungsi, yaitu perkembangan otak dan imunitas yang berlanjut sampai beberapa tahun kehidupan bayi.

Kekurangan gizi yang terjadi dalam kandungan dan awal kehidupan menyebabkan janin melakukan reaksi penyesuaian. Secara paralel penyesuaian tersebut meliputi perlambatan pertumbuhan dengan pengurangan jumlah dan pengembangan sel-sel tubuh, termasuk sel otak dan organ tubuh lainnya.

### **2.3.2 Pemberian ASI**

ASI merupakan larutan kompleks yang mengandung karbohidrat, lemak dan protein (Rahma, 2012). Sedangkan menurut Maryunani (2012), ASI adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktosa dan garam-garam anorganik yang disekresikan oleh kelenjar mammae ibu, dan berguna sebagai makanan bayi. Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama dapat menghasilkan pertumbuhan tinggi badan yang optimal. Penghentian pemberian ASI secara dini jelas sangat merugikan seperti halnya pemberian ASI yang lama tanpa pemberian makanan tambahan yang memadai. Lebih lanjut terdapat spekulasi bahwa kecukupan mikronutrien yang terjamin dalam usia bayi, dapat memfasilitasi pertumbuhan dengan lebih baik jika dibandingkan dengan pemberian ASI saja (Gibney Michael J, 2008).

ASI mengandung zat gizi secara khusus untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan bayi. Kandungan ASI, yaitu :

#### **1) Karbohidrat (laktosa)**

Laktosa (gula susu) berfungsi sebagai penghasil energy, meningkatkan penyerapan kalsium dan merangsang tumbuhnya laktobasillus bifidus yang berfungsi menghambat pertumbuhan mikroorganisme dalam tubuh bayi. Selain itu

laktosa akan diubah menjadi glukosa dan galaktosa yang berperan dalam perkembangan sistem saraf.

## 2) Lemak

Lemak dalam ASI mengandung komponen asam lemak esensial yaitu asam linoleat dan asam arakidonat yang akan diolah menjadi AA dan DHA. AA (arachidonic acid) dan DHA (docosahexanoic acid) diperlukan untuk pembentukan sel-sel otak optimal. Selain itu lemak berfungsi untuk penghasil energi dan pengaturan suhu tubuh bayi.

## 3) Protein

Protein berfungsi untuk pengatur dan pembangun tubuh. Komponen dasar protein adalah asam amino, berfungsi sebagai pembentuk struktur otak.

## 4) Garam dan mineral

ASI mengandung mineral yang lengkap yang dapat mencukupi kebutuhan bayi sampai berumur 6 bulan. Zat besi dan kalsium dalam ASI merupakan mineral yang mudah diserap oleh tubuh bayi. 5) Vitamin ASI mengandung vitamin yang lengkap kecuali vitamin K, karena usus bayi belum mampu membentuk vitamin K (Maryunani (2012).

ASI adalah makanan terbaik bagi bayi, pemberian minuman dan makanan selainnya sampai usia 6 bulan dapat mengganggu pencernaan pada bayi. Hal ini dapat menyebabkan bayi sakit perut ataupun diare. Jika bayi sakit, dapat membuat asupan gizi, variasi dan ragam makanan berkurang yang akhirnya akan mengganggu pertumbuhan balita (Adriyani dan Kartika, 2013).

Pemberian ASI mempunyai hubungan yang signifikan dengan status gizi balita. Ibu yang memberikan anaknya ASI eksklusif cenderung memiliki balita dengan

status gizi baik. Sedangkan ibu yang tidak memberikan anaknya ASI eksklusif sebagian besar balitanya mempunyai status gizi dibawah garis merah (Giri dkk,2013).

### **2.3.3 Pemberian MP-ASI**

Setelah berumur 6 bulan keatas, kebutuhan gizi bayi semakin tinggi dan bervariasi. Pemberian ASI saja hanya dapat memenuhi 60-70% kebutuhan gizinya. Oleh karena itu, selain pemberian ASI dibutuhkan pula makanan lain sebagai pendamping untuk menunjukkan asupan gizi bayi. Jika makanan pendamping ASI tidak cepat diberikan, maka mas kritis untuk mengenalkan padat yang memerlukan keterampilan mengunyah yang mulai dilakukan pada usia 6-7 bulan dikhawatirkan akan terlewati. Akibat yang akan dialami bayi dalam keadaan seperti ini adalah kesulitan untuk menelan atau menolak saat diberikan makanan padat (Khomsan dan Ridhayani,2008).

Secara alamiah, bayi dilahirkan dengan kemampuan reflex terhadap makanan, seperti menghisap, menelan dan mengunyah. Pemberian MP-ASI harus disesuaikan dengan kemampuan organ pencernaan bayi. Pertama-tama makanan yang diberikan bertekstur cair, kental, semi padat, dan terakhir makanan padat (Khomsan dan Ridhayani,2008). Menurut Khomsan dan Ridhayani, (2008), hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian MP-ASI adalah :

- a. Makanan pendamping ASI dibuat dengan makanan yang berkualitas, sehingga kualitas gizi terjamin.
- b. Pemberian MP-ASI harus diberikan secara bertahap. Pada awalnya bayi diberikan makanan cair seperti sari buah atau bubur susu. Setelah itu, dilanjutkan dengan makanan kental seperti bubur tepung. Kemudian dilanjutkan dengan

makanan semi padat seperti nasi tim saring dan akhirnya diberikan makanan padat seperti nasi tim.

c. Pada tahap permulaan, bayi hendaknya diperkenalkan satu persatu jenis makanan sampai ia dapat mengenalnya dengan baik dan setelah itu baru diberikan makanan lain. Hal ini dimaksudkan agar bayi benar-benar dapat mengenal dan menerima jenis makanan baru.

d. Orang tua perlu mengetahui ada atau tidaknya alergi terhadap suatu jenis makanan dengan memperhatikan respon bayi setelah makan makanan tersebut.

e. Selama masa pengenalan makanan, jangan memaksakan bayi untuk menghabiskan makanannya, hal ini karena bayi membutuhkan proses adaptasi. Dengan meningkatnya usia bayi akan mendapatkan porsi yang lebih besar.

f. Waktu pemberian makan harus disesuaikan dengan kondisi bayi. Hal ini karena pada saat lapar saluran pencernaan bayi lebih siap untuk menerima dan mencerna makanan.

g. Lakukan jarak pengaturan antara pemberian susu, jangan memberikan makanan pendamping setelah bayi minum susu atau sebaliknya. Hal ini karena bayi akan merasa kenyang dan tidak mau menerima makanan atau susu yang diberikan. Jenis suatu makanan sangat menentukan status gizi balita. Makanan yang berkualitas adalah makanan yang memberikan komposisi yang beragam, bergizi dan seimbang. Menu yang memadai baik secara kualitas ataupun kuantitas sangat menunjang tumbuh kembang anak. Hal ini karena balita merupakan kelompok rawan gizi sehingga makanan yang diberikan harus sesuai dengan kebutuhan anak dan kemampuan alat pencernaannya (Welasasih dan Wirajatmadi,2012).

#### **2.3.4 Usia Balita**

Masa Balita merupakan usia paling rawan, karena pada masa ini balita sering terkena penyakit infeksi sehingga menjadikan anak bersiko tinggi menjadi kurang gizi. Pada usia 2 – 6 tahun, anak mengalami pertumbuhan yang stabil, terjadi perkembangan dengan aktifitas jasmani yang bertambah dan meningkatnya keterampilan dan proses berfikir (Narendra, et al., 2002). Pertumbuhan pada usia balita lebih lambat dibandingkan masa bayi namun pertumbuhannya stabil. Memperlambatnya kecepatan pertumbuhan ini tercermin dalam penurunan nafsu makan, padahal dalam masa ini anak-anak membutuhkan kalori dan zat gizi yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan akan zat gizi mereka (Bown, 2008).

#### **2.3.5 Jenis Kelamin**

Jenis Kelamin menentukan besarnya kebutuhan gizi bagi seseorang sehingga terdapat keterkaitan antara status gizi dan jenis kelamin (Apriadi, 1986). Perbedaan besarnya kebutuhan gizi tersebut dipengaruhi karena adanya perbedaan komposisi tubuh antara laki-laki dan perempuan. Perempuan memiliki lebih banyak jaringan lemak dan jaringan otot lebih sedikit daripada laki-laki. Secara metabolik, otot lebih aktif jika dibandingkan dengan lemak, sehingga secara proporsional otot akan memerlukan energi lebih tinggi daripada lemak. Dengan demikian, laki-laki dan perempuan dengan tinggi badan, berat badan dan umur yang sama memiliki komposisi tubuh yang berbeda, sehingga kebutuhan energi dan gizinya juga akan berbeda (Almatsier, 2001).

#### **2.3.6 Faktor Ekonomi**

Status sosial ekonomi dapat memengaruhi terjadinya kejadian *stunting*, Pendidikan rendah dipengaruhi oleh keadaan sosial ekonomi atau rumah tangga yang rendah, sanitasi yang tidak baik dan air minum yang rendah, daya beli yang rendah serta layanan kesehatan yang terbatas, apabila asupan zat yang kurang, semuanya akan mudah terjadi *stunting* (Fikadu dkk, 2014).

Hal ini disebabkan apabila seseorang mengalami kurang gizi maka secara langsung akan menyebabkan hilangnya produktifitas kerja karena kurang fisik, menurunnya fungsi kognitif yang akan mempengaruhi tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi keluarga. Untuk mengatasi masalah kelaparan dan kekurangan, harus mengedukasi masyarakat miskin, terutama ibu dan anak mendapatkan bahan pangan yang cukup dengan harga murah. (BAPPENAS, 2007).

Standar kemiskinan yang digunakan BPS (2011) bersifat dinamis, disesuaikan dengan perubahan/pergeseran pola konsumsi agar realitas yaitu Ukuran Garis Kemiskinan Nasional adalah jumlah rupiah yang diperlukan oleh setiap individu untuk makanan setara 2.100 Kilo kalori perorang perhari dan untuk memenuhi kebutuhan nonmakan berupa perumahan, pakaian, kesehatan, pendidikan, transportasi, dan aneka barang/jasa lainnya.

Pendapatan keluarga turut memengaruhi gizi . kenaikan harga yang sangat tinggi terutama untuk bahan pangan kebutuhan pokok, akan mempengaruhi pola makan masyarakat yang buruk sehingga mengakibatkan kurang nya gizi, karena harga yang terlalu tinggi (Andriani & Wirjatmadi, 2008).

### **2.3.7 Berat Lahir Bayi**

Berat lahir dapat dikategorikan menjadi dua, yaitu rendah dan normal. Disebut dengan BBLR (Berat badan lahir rendah) jika berat lahirnya <2500 gram (Kementrian Kesehatan,2010). Dampak BBLR akan berlangsung antar generasi. Seorang anak yang mengalami BBLR kelak juga akan mengalami defisit pertumbuhan (ukuran antropometri yang kurang) dimasa dewasanya. Bagi perempuan yang lahir BBLR, besar resikonya bahwa kelak ia juga akan menjadi ibu yang *stunted* sehingga beresiko melahirkan bayi yang BBLR seperti dirinya pula. Bayi yang dilahirkan BBLR tersebut akan kembali menjadi perempuan dewasa yang juga *stunted* (Semba dan Bloem, 2001).

Di Negara maju, tinggi badan balita sangat dipengaruhi oleh berat lahir. Mereka yang memiliki berat badan lahir rendah tumbuh menjadi anak- anak yang pendek (Binkin NJ dalam Huy ND,2009).

### **2.3.8 Pendidikan Orang Tua**

Tingkat pendidikan keluarga yang rendah akan mempengaruhi anak untuk menjadi stunting, sebab orang tua tidak mengetahui pemenuhan kebutuhan gizi yang harus dikonsumsi, serta tidak memperdulikan pentingnya kesehatan (Hidayat,2009).

### **2.3.9 Pekerjaan Ibu**

Anak-anak yang ibunya bekerja sebagai pedagang atau petani akan lebih mungkin mengalami *stunting* daripada anak-anak yang ibunya dirumah, dikarenakan bertemunya ibu dan anak sangat jarang. Pada umur anak-anak yang masih harus diberikan ASI eksklusif dan makanan pendamping terkadang tidak



tepat sehingga memiliki efek yang besar pada pertumbuhan anak (Fikadu dkk, 2014).

#### **2.3.10 Riwayat Penyakit Infeksi**

Penyakit infeksi pada anak-anak antara lain ISPA dan diare. Penyakit ISPA didefinisikan sebagai suatu penyakit infeksi pada hidung, telinga, tenggorokan, dan paru-paru yang kurang dari dua minggu (14 hari) dengan tanda gejala dapat berupa batuk atau pilek dan atau batuk pilek, sesak nafas karena hidung tersumbat dengan atau tanpa demam, batasan waktu 14 hari di ambil menunjukkan berlangsungnya proses akut, meskipun beberapa penyakit yang dapat di golongan ISPA proses ini dapat berlangsung lebih dari 14 hari. Sedangkan diare didefinisikan sebagai suatu penyakit yang ditandai dengan bercak cair lebih dari tiga kali sehari (Darmadi, 2008).

Penyakit infeksi berkaitan dengan tingginya kejadian penyakit menular terutama diare, cacingan, dan penyakit pernafasan akut (ISPA). Faktor ini banyak terkait mutu pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi, kualitas lingkungan hidup, dan perilaku hidup sehat.

#### **2.3.11 Diare**

Diare disebabkan oleh berbagai infeksi, selain sebagai penyakit absorpsi. Diare merupakan salah satu penyakit gejala dari penyakit sistem gastroenteritis. Diare adalah konstansi yang cair dan lebih dari 3 kali dalam sehari (Meryanna, 2014). Diare merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada anak di negara berkembang. Anak usia 0- 3 tahun rata-rata mengalami tiga kali diare per tahun. Penyakit diare termasuk salah satu penyakit dengan sumber penularan melalui air, dan penyakit diare yang terjadi pada balita umumnya disertai

muntah dan mencret (Berek,2008). Diare berdampak pada pertumbuhan linear anak. Jika anak sering mengalami diare dalam kurun 24 bula pertama kehidupan maka anak tersebut cenderung menjadi pendek 1,5 kalu (Checkley,2009).

### **2.3.12 Riwayat Imunisasi Anak**

Imunisasi adalah suatu upaya untuk mengebalkan keadaan tubuh anak yang dilakukan sejak bayi agar tidak rentan terhadap suatu penyakit/bakteri (Permenkes, 2013). Pemberian imunisasi anak biasanya dalam bentuk vaksin. Vaksin bisa merangsang tubuh agar bakteri tertolak oleh tubuh. Ketika tubuh diberi vaksin atau imunisasi, tubuh akan terpajan oleh virus atau bakteri yang sudah di kemahkan atau dimatikan dalam jumlah yang sedikit dan aman (Immunization,2010).

**Tabel 2.2 jadwal pemberian imunisasi**

Usia Pemberian	Jumlah Pemberian
0 bulan	HB
1 bulan	BCG, POLIO
2 bulan	DPT, HB KOMBO, POLIO 2
3 bulan	DPT, HB KOMBO 2, POLIO 3
4 bulan	DPT, HB KOMBO 3, POLIO 4
9 bulan	CAMPAK