

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Stunting*

2.1.1 Definisi *stunting*

Balita pendek/ *stunting* adalah balita dengan status gizi yang berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umurnya bila dibandingkan dengan standar baku WHO – MGRS (*Multicenter Growth Reference Study*) tahun 2005, nilai z – scorenya kurang dari $-2SD$ dan dikategorikan sangat pendek jika nilai z – scorenya kurang dari $-3SD$ (Depkes, 2015). *Stunting* adalah penanda untuk kekurangan gizi kronis dan mengakibatkan perkembangan balita yang buruk. Oot et al (2016), *stunting* sering dimulai di rahim karena nutrisi ibu yang buruk. Menurut studi yang dilakukan Tim Nasional Penanggulangan Kemiskinan RI (2017), *stunting* terjadi akibat gagal tumbuh pada balita balita di bawah lima tahun akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga balita 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.

2.1.2 Kelompok usia berisiko *stunting*

Masa balita merupakan kelompok usia yang berisiko mengalami kurang gizi salah satunya adalah *stunting* (Aridiyah, Rohmawati and Ririanty 2015). Kejadian *stunting* sering dijumpai pada balita usia 12-36 bulan (Swathma, Lestari, & Ardiansyah, 2016). Kelompok usia 24-35 bulan adalah kelompok usia yang berisiko besar untuk mengalami *stunting* (Hagos et al. 2017). Oleh karena itu, keadaan gizi yang baik dan sehat pada masa balita balita merupakan hal yang

penting bagi kesehatannya di masa depan. Masa usia 12-24 bulan adalah masa rawan dimana balita sering mengalami infeksi atau gangguan status gizi, karena pada usia ini balita mengalami peralihan dari bayi menjadi balita. Apabila pola pengasuhan tidak betul diperhatikan, maka balita akan sering mengalami penyakit terutama penyakit infeksi (Welasasih and Wirjatmadi 2012).

2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi stunting

Menurut beberapa penelitian, kejadian stunting pada balita merupakan suatu proses kumulatif yang terjadi sejak kehamilan, masa kbalita-kbalita dan sepanjang siklus kehidupan. Adapun faktor yang berhubungan dengan stunting, diantaranya yaitu:

1. Faktor genetik

Memiliki seorang ibu dengan perawakan pendek berhubungan dengan kejadian stunting di Quetzaltenango, Guatemala (Reurings et al. 2013). Faktor genetik orang tua merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya stunting pada balita balita. Salah satu atau kedua orang tua yang pendek akibat kondisi patologis dan memiliki gen dalam kromosom yang membawa sifat pendek dapat mengakibatkan balita balita akan mewarisi gen tersebut dan tumbuh menjadi pendek atau stunting (Aridiyah et al. 2015). Selain itu, penelitian yang dilakukan di Asia Selatan juga menunjukkan bahwa perawakan ibu pendek berhubungan signifikan terhadap resiko balita stunting (Kim and Subramanian 2017).

2. Faktor Pendidikan ibu

Tingkat pendidikan merupakan jenjang terakhir yang ditempuh seseorang

dimana tingkat pendidikan merupakan suatu wahana untuk mendasari seseorang berperilaku secara ilmiah. Pendidikan merupakan salah satu unsur penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi karena berhubungan dengan kemampuan seseorang menerima dan memahami sesuatu, karena tingkat pendidikan seorang ibu dapat mempengaruhi pola konsumsi makan melalui cara pemilihan makanan pada balita. Pendidikan ibu muncul sebagai prediktor utama stunting, merupakan faktor rumah tangga yang dapat dimodifikasi, memiliki hubungan yang kuat dan konsisten dengan status gizi buruk (Hagos et al. 2017).

Menurut penelitian Subarkah et al., (2016) di Posyandu Kalijudan Kota Surabaya menjelaskan bahwa pendidikan ibu mempengaruhi pola makan yang tepat pada balita usia 1-3 tahun. Faktor Pendidikan ibu merupakan faktor yang penting dalam hal pemilihan jenis dan jumlah makanan serta penentuan jadwal makan balita sehingga pola pemberian makan tepat dan sesuai usia 1-3 tahun. Apabila pola pemberian makan tidak tepat maka balita akan mengalami status gizi kurang. Sama halnya dengan penelitian Aridiyah et al., (2015) yang menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian stunting pada balita balita. Secara tidak langsung tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi kemampuan dan pengetahuan ibu mengenai perawatan kesehatan terutama dalam memahami pengetahuan mengenai gizi.

3. Faktor pola pemberian makan

Salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya stunting adalah asupan gizi

(Kemenkes RI 2015). Pola pemberian makan dapat memberikan gambaran asupan gizi mencakup jenis, jumlah, dan jadwal makan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi (Kemenkes RI 2014). Pola pemberian makan pada tiap usia berbeda-beda. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Subarkah (2016) bahwa pola pemberian makan yang tepat pada balita, sebagian besar balita memiliki status gizi normal. Ibu yang memiliki pola pemberian makan yang baik, menunjukkan bahwa ibu telah memberikan makanan yang tepat kepada balita yaitu makanan yang diberikan sesuai dengan usia balita dan memenuhi kebutuhan nutrisi balita (Kumala 2013).

4. Faktor pengetahuan ibu

Pengetahuan ibu mengenai gizi merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya stunting pada balita balita. Secara tidak langsung tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi kemampuan dan pengetahuan ibu mengenai perawatan kesehatan terutama dalam memahami pengetahuan mengenai gizi (Aridiyah et al. 2015).

5. Faktor Ekonomi

Pendapatan keluarga menjadi faktor yang berhubungan dengan stunting pada balita balita. Apabila ditinjau dari karakteristik pendapatan keluarga bahwa akar masalah dari dampak pertumbuhan bayi dan berbagai masalah gizi lainnya salah satunya disebabkan dan berasal dari krisis ekonomi. Sebagian besar balita balita yang mengalami gangguan pertumbuhan memiliki status ekonomi yang rendah (Aridiyah et al. 2015). Kondisi sosial ekonomi yang rendah ini akan berpengaruh terhadap ketersediaan pangan dalam keluarga, kemudian konsumsi pangan yang selanjutnya berpengaruh

terhadap status gizi kurang. Masalah gizi kurang yang terus berlanjut terutama pada anak sekolah yang masih dalam masa pertumbuhan akhirnya akan membentuk sumberdaya manusia yang mengalami hambatan pertumbuhan *stunted* (Pulungan DS, Sudaryati E, 2015).

6. Faktor Budaya dan Gaya Hidup

Faktor budaya dan gaya hidup dapat mempengaruhi kejadian stunting pada balita. Beberapa budaya atau perilaku masyarakat Madura yang terkait dengan masalah kesehatan khususnya gizi kurang pada balita yaitu tradisi perempuan Madura khususnya di daerah pedesaan yaitu menikah usia muda, kebiasaan ini didasarkan adanya ikatan pertunangan bagi balita perempuan yang sudah memasuki usia menstruasi (Hidayat et al. 2013). Mayoritas perempuan Madura menikah ketika usia dibawah 20 tahun (Yunitasari, Pradanie and Susilawati 2016). Hal ini akan berpengaruh pada pengetahuan dan kesiapan untuk merawat balita (Hidayat et al. 2013). Penelitian yang dilakukan di Sub-Sahara Africa juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara balita yang lahir dari wanita yang menikah usia muda terhadap kejadian stunting (Efevbera et al. 2017). Pola pemberian MP-ASI dini pada balita balita merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya stunting (Aridiyah et al. 2015). MP-ASI pada usia dini (0–2 bulan) dapat meningkatkan risiko stunting pada balita usia 24 – 48 bulan (Anugraheni 2012). Di kabupaten Sumenep, ibu mempunyai kebiasaan memberikan air degan kelapa hijau dan air madu pada saat bayi baru lahir. Selain bayi berusia 0 bulan sampai usia 6 (enam) bulan, juga mendapat makanan tambahan lain berupa biskuit, telur, daging dan lain-lain.

Keadaan ini menyebabkan ibu tidak dapat memberikan inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif pada bayi (Adriani 2011). Tradisi ibu-ibu di Madura yang menganggap balita yang sehat adalah balita yang gemuk. Budaya memberi makan yang belum waktunya sudah menjadi hal yang biasa, seperti diberi nasi pisang saat masih usia bayi, atau juga budaya terater saat bayi lahir. Terdapat juga budaya pemberian makan dini dengan istilah pemberian lontong, gedheng sabeh atau gedheng sapeh dan gedheng gaji selama bayi agar balitanya cepat besar dan kuat, selain itu pula tradisi pemberian makan/minum kelapa muda atau ro'moro' dan madu yang dijadikan sebagai makanan bayi (Hidayat et al. 2013). Selain itu budaya di Madura lebih banyak mengkonsumsi nasi dan sedikit jenis sayuran dan sangat jarang mengkonsumsi telur dan susu, daging. Sehingga dapat mempengaruhi status gizinya (Hidayat et al. 2013). Ibu-ibu di Sumenep juga mempunyai kebiasaan memberikan mie instan, sebagai pengganti nasi untuk konsumsi balita. Kebiasaan ini karena balita mengalami kesulitan makanan, sehingga para ibu lebih memilih memberikan mie instan yang lebih disukai balita. Sebagian besar ibu balita memberikan makanan pada balita agar kenyang dan tidak rewel. Pemberian makanan tersebut lebih diutamakan sesuai dengan keinginan balita tanpa memperhatikan nilai gizi makanan yang seimbang, sehingga makanan yang dikonsumsi hanya mengandung sumber karbohidrat (Adriani 2011). Budaya di Madura lebih banyak mengkonsumsi nasi dan sedikit jenis sayuran dan sangat jarang mengkonsumsi telur dan, susu dan daging (Hidayat et al. 2013) Konsumsi makanan balita sebagian besar tidak sesuai dengan aturan pola makan

balita sesuai usia. Jika keadaan ini berlangsung terus menerus maka balita akan kekurangan zat gizi, sehingga dapat menghambat pertumbuhan balita dan akhirnya menjadi pendek-sangat pendek (stunting) (Adriani 2011).

7. Sanitasi

Higene dan sanitasi yang rendah dapat menyebabkan faktor kejadian stunting pada balita. Balita yang tinggal di lingkungan dengan sanitasi rendah lebih rawan terkontaminasi bakteri (Anugraheni 2012).

8. Penyakit Infeksi

Timbulnya status gizi stunting tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Kejadian penyakit infeksi berulang tidak hanya berakibat pada menurunnya berat badan atau akan tampak pada rendahnya nilai indikator berat badan menurut umur, akan tetapi juga indikator tinggi badan menurut umur. Hal tersebut bisa dijelaskan bahwa status gizi stunting disebut juga sebagai gizi kurang kronis yang menggambarkan adanya gangguan pertumbuhan tinggi badan yang berlangsung pada kurun waktu cukup lama. Sebagian besar balita pada kelompok stunting menderita penyakit ISPA. Memburuknya keadaan gizi balita akibat penyakit infeksi dapat menyebabkan turunnya nafsu makan, sehingga masukan zat gizi berkurang padahal balita justru memerlukan zat gizi yang lebih banyak (Welasasih and Wirjatmadi 2012).

2.1.4 Dampak stunting

Dampak stunting sering dikaitkan dengan perkembangan kognitif tertunda, terganggu pertumbuhan fisik, produktivitas rendah dan yang lebih besar resiko kesehatan yang buruk termasuk perkembangan kardiometabolik

(penyakit yang bisa menular ke generasi berikutnya (Said-Mohamed et al, 2015). Balita – balita stunting yang cepat mengalami penambahan berat badan setelah usia 2 tahun juga mengalami peningkatan resiko menjadi kelebihan berat badan atau obesitas di kemudian hari. Seperti itu penambahan berat badan juga dikaitkan dengan resiko yang lebih tinggi penyakit jantung koroner, stroke, hipertensi dan diabetes tipe 2 (WHO, 2014). Balita yang mengalami stunting akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadikan balita menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan di masa depan dapat berisiko pada menurunnya tingkat produktivitas. Pada akhirnya secara luas stunting akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan (TNP2K, 2017).

Oleh karena itu, stunting menyebabkan kegagalan pertumbuhan linier berfungsi sebagai penanda beberapa kelainan patologis yang terkait dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas, kehilangan potensi pertumbuhan fisik, mengurangi perkembangan saraf dan fungsi kognitif dan peningkatan resiko penyakit kronis di masa dewasa. Fisik dan ireversibel yang parah, kerusakan neurokognitif yang menyertai pertumbuhan kerdil menimbulkan ancaman besar bagi perkembangan manusia (Widyastuti, 2018).

2.1.5 Penilaian status gizi stunting

Berdasarkan standar pertumbuhan menurut WHO (2010), stunting menggambarkan status gizi kurang yang bersifat kronik pada masa pertumbuhan dan perkembangan sejak awal kehidupan. Keadaan ini dipresentasikan dengan nilai z-score tinggi badan menurut umur (TB/U) kurang

dari -2 standar deviasi (SD) (Ni'mah, 2015). Kategori dan ambang batas balita berdasarkan indeks tinggi/ panjang badan sebagai berikut :

Indeks	Kategori	Batas	Status	Ambang (Z-score)
	Gizi			
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0 – 60 Bulan	Sangat Pendek			< -3,0 SD
	Pendek			-3,0 SD s/d < -2,0 SD
	Normal			\geq -2,0 SD
	Tinggi			>2 SD

(Kementrian Kesehatan RI, 2017)

Tabel 2.1 Kategori dan ambang batas balita berdasarkan indeks tinggi/ panjang badan

Indeks TB/ U digunakan untuk menggambarkan apakah balita pernah mengalami malnutrisi atau tidak di masa lampau karena TB/ U memberikan indikasi adanya masalah gizi kronis. Indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) mencerminkan status gizi masa lalu, karena pertumbuhan tinggi badan relatif kurang sensitif terhadap masalah kurang gizi dalam waktu pendek. Indeks ini dapat mengidentifikasikan balita yang pendek karena gizi kurang dalam waktu lama (Soetjningsih, 2014). Rata – rata panjang badan bayi baru lahir adalah 50 cm yang bertambah menjadi 75 cm pada usia 12 bulan. Antara usia 2 – 12 tahun, tinggi badan dapat digunakan rumus:

Usia	Tinggi/panjang Badan Bayi
Lahir	50 cm
1 tahun	75 cm
2-12 tahun	Usia (tahun) x 6 + 77

Tabel 2.2 Rata-rata panjang berdasarkan usia menurut Soetjningsih (2014)

2.2 Konsep Balita

2.2.1 Definisi

Anak bawah lima tahun atau sering disingkat anak balita adalah anak yang berusia diatas satu tahun atau dibawah lima tahun atau dengan perhitungan bulan 12-59 bulan (Kemenkes RI 2015). Balita didefinisikan sebagai anak dengan usia di bawah lima tahun dimana pertumbuhan tubuh dan otak sangat pesat dalam pencapaian keoptimalan fungsinya. Masa balita sering disebut sebagai *golden age* karena pada masa ini pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan kemampuan berbahasa, kreatifitas, kesadaran sosial, emosional, dan intelegensia yang berjalan sangat cepat dan merupakan dasar perkembangan berikutnya (Wirandani 2013).

2.2.2 Karakteristik balita

Balita mempunyai karakteristik yang digolongkan menjadi dua yaitu anak usia 1-3 tahun yang disebut batita dan anak usia prasekolah (Kemenkes RI 2015). Menurut Sufyanti (2009), toddler adalah anak berusia 12-36 bulan dimana masa ini yang paling penting untuk pertumbuhan intelektual dan perkembangan kepandaian anak. Anak usia di bawah lima tahun khususnya pada usia 1-3 tahun merupakan masa pertumbuhan fisik yang cepat, sehingga memerlukan kebutuhan gizi yang paling banyak dibanding masa-masa berikutnya. Anak akan mudah mengalami gizi kurang di usia ini apabila kebutuhan nutrisi tidak ditangani dengan baik (Ningsih et al. 2015).

2.2.3 Tumbuh kembang balita

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak terdiri dari (Sufyanti 2009):

1. Faktor genetik

Faktor genetik merupakan faktor bawaan yang diturunkan oleh orang tua. Faktor genetik antara lain jenis kelamin dan suku bangsa. Gangguan pertumbuhan di negara maju biasanya disebabkan oleh faktor genetik, sedangkan di negara berkembang selain faktor genetik, penyebab kematian terbesar adalah faktor lingkungan yang kurang memadai, seperti asupan gizi, infeksi penyakit, dan kekerasan pada anak.

2. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan sangat berperan penting dalam menentukan potensi yang sudah dimilikinya. Faktor lingkungan meliputi faktor prenatal yaitu faktor lingkungan dalam kandungan, dan lingkungan postnatal yaitu lingkungan setelah bayi lahir yang didalam faktor tersebut terdapat kebutuhan nutrisi yang penting dalam proses pertumbuhan dan perkembangan (Hidayat 2008). Menurut Sulistyawati (2014) faktor lingkungan prenatal yang berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin, yaitu gizi pada ibu sewaktu hamil, mekanis, toksin/zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, dan anoksia embrio. Faktor lingkungan postnatal yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang terdiri dari:

- 1) Lingkungan biologis terdiri dari ras/suku bangsa, jenis kelamin, umur, gizi, perawatan kesehatan, kepekaan terhadap penyakit, penyakit kronis, fungsi metabolisme dan hormon.
- 2) Faktor fisik terdiri dari cuaca, musim, keadaan geografis suatu daerah, sanitasi, keadaan rumah, dan radiasi.

- 3) Faktor psikososial terdiri dari stimulasi, motivasi belajar, ganjaran atau hukuman yang wajar, kelompok sebaya, stress, sekolah, cinta dan kasih sayang, dan kualitas interaksi anak dan orang tua.
- 4) Faktor adat dan istiadat terdiri dari pekerjaan dan pendapatan keluarga, Pendidikan ayah dan ibu, jumlah saudara, jenis kelamin dalam keluarga, stabilitas rumah tangga, kepribadian ibu dan ayah, adat istiadat, norma-norma dan tabu, agama, urbanisasi, dan kehidupan politik dalam masyarakat yang mempengaruhi prioritas kepentingan anak dan anggaran.

Berdasarkan usia, pertumbuhan pada anak sebagai berikut Hidayat (2008):

- 1) Berat badan

Berat badan anak usia 1-3 tahun akan mengalami penambahan berat badan sekitar empat kali lipat dari berat badan lahir pada usia kurang lebih 2,5 tahun. Penambahan berat badan setiap tahunnya adalah 2-3 kg.

- 2) Tinggi badan

Tinggi badan anak usia 1-3 tahun akan mengalami penambahan tinggi badan kurang lebih 12cm selama tahun ke-2. Sedangkan penambahan untuk tahun ke-3 rata-rata 4-6 cm.

- 3) Lingkar kepala

Pertumbuhan lingkar kepala terjadi sangat cepat pada 6 bulan pertama melahirkan yaitu 35-43 cm. pada usia selanjutnya lingkar kepala akan mengalami perlambatan. Pada usia 1 tahun hanya mengalami pertumbuhan kurang lebih 46,5 cm. pada usia 2 tahun

mengalami pertumbuhan kurang lebih 49 cm, kemudian bertambah 1 cm sampai usia 3 tahun.

4) Gigi

Pertumbuhan gigi pada masa tumbuh kembang dibagi menjadi dua bagian, yaitu bagian rahang atas dan rahang bawah.

a. Pertumbuhan gigi rahang atas

- a) Gigi insisi sentral pada usai 8-12 bulan
- b) Gigi insisi lateral pada usia 9-13 bulan
- c) Gigi taring (caninus) pada usia 16-22 bulan
- d) Molar pertama usia 14-18 bulan dan molar kedua 24-30 bulan

b. Pertumbuhan gigi rahang bawah

- a) Gigi insisi sentral pada usai 6-10 bulan
- b) Gigi insisi lateral pada usia 10-16 bulan
- c) Gigi taring (caninus) pada usia 17-23 bulan
- d) Molar pertama usia 14-18 bulan dan molar kedua 24-30 bulan

5) Organ penglihatan

Perkembangan organ penglihatan anak dapat dimulai sejak anak itu lahir.

Usia 11-12 bulan ketajaman penglihatan mencapai 20/20, dapat mengikuti objek bergerak. Pada usia 12-18 bulan mampu mengidentifikasi bentuk geometric. Pada usia 18-24 bulan penglihatan mampu berakomodasi dengan baik.

6) Organ pendengaran

Perkembangan pada pendengaran dapat dimulai saat anak itu lahir.

Pada usia 10-12 bulan anak mampu mengenal beberapa kata dan artinya.

Pada usia 18 bulan organ pendengaran anak dapat membedakan bunyi.

Pada usia 36 bulan mampu membedakan bunyi yang halus dalam berbicara.

2.3 Konsep Pola Pemberian Makan

2.3.1 Pola pemberian makan balita

Pola pemberian makan balita sangat penting demi keberlangsungan hidup dan perkembangan seorang balita (Bappenas and UNICEF 2017). Pola pemberian makan merupakan perilaku yang dapat mempengaruhi status gizi. Pola pemberian makan adalah gambaran asupan gizi mencakup macam, jumlah, dan jadwal makan dalam pemenuhan nutrisi (Kemenkes RI 2014). Jenis konsumsi makanan sangat menentukan status gizi seorang balita, makanan yang berkualitas baik jika menu harian memberikan komposisi menu yang bergizi, berimbang dan bervariasi sesuai dengan kebutuhannya (Welasasih and Wirjatmadi 2012). Menurut Kemenkes RI (2014) prinsip pola pemberian makan berpedoman pada gizi seimbang. Gizi seimbang memiliki 4 pilar diantaranya konsumsi makanan beragam atau bervariasi, perilaku hidup bersih, melakukan aktivitas fisik untuk membantu proses metabolisme tubuh dengan baik, dan mempertahankan serta memantau berat badan. Dengan demikian, pemenuhan nutrisi balita harus disesuaikan dengan prinsip gizi seimbang. Pola pemberian makan pada balita berdasarkan usia tentu berbeda. Berdasarkan angka kecukupan gizi (AKG), umur dikelompokkan menjadi 0-6 bulan, 7-12 bulan, 1-3 tahun, dan 4-6 tahun dengan tidak membedakan jenis kelamin. Takaran konsumsi makanan sehari dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Kelompok Umur	Jenis dan Jumlah Makanan	Frekuensi Makan
Bulan	ASI eksklusif	Sesering mungkin
4-6 bulan	Makanan lumat	1x sehari 2 sendok makan setiap kali makan
7-12 bulan	Makanan lembek	2x sehari, 2x selingan
1-3 tahun	Makanan keluarga: 1-1½ porsi nasi atau pengganti 2-3 potong buah-buahan 1-2 potong lauk nabati ½ mangkuk sayur 2-3 potong buah-buahan 1 gelas susu	3x sehari
4-6 tahun	1-3 piring nasi atau pengganti 2-3 potong lauk hewani 1-2 potong lauk nabati 1-1½ mangkuk sayur 2-3 potong buah-buahan 1-2 gelas susu	3x sehari

Sumber : (Gizi Seimbang Menuju Hidup Sehat Bagi Balita Depkes RI 2000 dalam Prakhasita, 2018)

Gambar 2.2 Takaran konsumsi makanan sehari

2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi pola pemberian makan

1. Faktor ekonomi

Sebagian besar balita balita yang mengalami gangguan pertumbuhan memiliki status ekonomi yang rendah. Krisis ekonomi berpengaruh pada pendapatan keluarga yang merupakan akar masalah dari dampak pertumbuhan bayi dan masalah gizi lainnya (Aridiyah, Rohmawati and Ririanty 2015). Pendapatan keluarga merupakan faktor yang mempengaruhi pola pemberian makan pada balita. Pendapatan dan harga produk makanan mempengaruhi tingkat konsumsi makanan. Pendapatan tinggi akan menentukan daya beli yang baik.

Sebaliknya, pendapatan rendah akan menurunkan daya beli (Sulistyoningsih 2011 dalam Subarkah, Nursalam and Rachmawati 2016).

Penghasilan merupakan faktor penting dalam pemberian makanan yang berkuantitas dan berkualitas. Orang yang berpenghasilan kurang membelanjakan sebagian besar penghasilannya untuk membeli padi, jagung dan biji-bijian, sedangkan orang yang berpendapatan tinggi membelanjakan sebagian besar penghasilannya untuk hasil olahan susu. (Kumala 2013).

2. Faktor status pekerjaan

Ibu yang bekerja diluar rumah cenderung memiliki waktu yang lebih terbatas untuk melaksanakan tugas rumah tangga dibandingkan ibu yang tidak bekerja, oleh karena itu pola pengasuhan balita akan berpengaruh dan pada akhirnya pertumbuhan dan perkembangan balita juga akan terganggu (Diana 2006).

3. Faktor Pendidikan

Pendidikan dan pengetahuan ibu dapat mempengaruhi pola pemberian makan yang tepat pada balita. Faktor pendidikan dan pengetahuan ibu penting dalam hal pemilihan jenis dan jumlah makanan serta penentuan jadwal makan balita sehingga pola pemberian makan tepat dan sesuai dengan balita usia 1–3 tahun. (Subarkah, Nursalam and Rachmawati 2016).

Latar belakang pendidikan yang cukup tentunya akan berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk mengadopsi informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan bidan) maupun dari media cetak/elektronik (Kumala 2013). Pendidikan formal ibu mempengaruhi tingkat pengetahuan dimana pendidikan yang rendah maka pengetahuan yang

diperoleh akan kurang dan sebaliknya dengan pendidikan yang tinggi pengetahuan yang diperoleh akan baik.

4. Faktor sosial budaya

Salah satu penyebab masalah gizi kurang balita pada keluarga adalah faktor perilaku, yang juga ada hubungannya dengan kebiasaan dan budaya dalam penatalaksanaan kesehatan (Hidayat et al. 2013). Budaya mempengaruhi pola pemberian makan pada balita dalam hal keyakinan, nilai, dan perilaku yang berkaitan dengan makanan yang berbeda (Brus, et al. 2005 dalam Erika 2014). Polapemberian makan tepat belum tentu memiliki komposisi zat gizi yang seimbang.

Pemenuhan nutrisi yang diberikan oleh Ibu kepada balita sering kali tidak memperhatikan kecukupan gizi balita. Ibu cenderung memberikan nutrisi seadanya sesuai dengan kemauan balita (Subarkah, Nursalam and Rachmawati 2016). Di kabupaten Sumenep, ibu mempunyai kebiasaan memberikan air degan kelapa hijau dan air madu pada saat bayi baru lahir (Adriani and Kartika 2013). Budaya memberi makan yang belum waktunya sudah menjadi hal yang biasa (Hidayat et al. 2013). Konsumsi makanan balita, sebagian besar tidak sesuai dengan aturan pola makan balita sesuai usia, misalnya pada saat balita belum berusia satu tahun sudah diberikan makanan ringan kemasan yang dibeli dari warung (Adriani and Kartika 2013).

5. Faktor teknologi

Faktor teknologi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku individu berdasarkan budaya. Menurut penelitian Isnatri (2016) ada hubungan yang bermakna antara teknologi dengan pola pemberian makanan.

Seseorang yang memiliki nilai teknologi kurang maka pola pemberian makanan pada balita tidak tepat (Isnatri 2016). Faktor teknologi sebagai sumber informasi yang menjadi perantara dalam menyampaikan informasi, mempengaruhi kemampuan (Leininger 2002). Pemanfaatan teknologi kesehatan dipengaruhi oleh akses terhadap teknologi informasi, akses pada media dan pers, akses pada alat elektronik di lingkungan, dan akses pada pelayanan kesehatan (Melo 2013).

2.4 Konsep Dasar Perilaku

2.4.1 Pengertian perilaku

Perilaku adalah kumpulan reaksi, perbuatan, aktifitas, gabungan gerakan, tanggapan, atau jawaban yang dilakukan seseorang seperti proses berpikir, bekerja, hubungan seks, dan sebagainya (Pieter & Lubis, 2010). Perilaku sebagai totalitas dari penghayatan dan aktivitas yang memengaruhi perhatian, pengamatan, pikiran, daya ingat, dan fantasi seseorang. Perilaku adalah totalitas respon, semua respon juga sangat tergantung pada karakteristik seseorang. Skinner (1938) mendefinisikan perilaku sebagai hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon) dan respons. Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2012).

2.4.2 Faktor yang memengaruhi terbentuknya perilaku

Menurut (Pieter & Lubis, 2010) menyatakan bahwa perilaku dipengaruhi oleh lima faktor yaitu:

1. Emosi

Emosi adalah reaksi kompleks yang berhubungan dengan kegiatan atau perubahan-perubahan secara mendalam dan hasil pengalaman dari rangsangan eksternal dan keadaan fisiologis. Emosi menyebabkan seseorang terangsang untuk memahami objek atau perubahan yang disadari sehingga memungkinkan untuk mengubah sikap atau perilakunya. Bentuk-bentuk emosi yang berhubungan dengan perubahan perilaku yaitu rasa marah, gembira, bahagia, sedih, cemas, takut, benci, dan sebagainya.

2. Persepsi

Persepsi adalah pengalaman-pengalaman yang dihasilkan melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman. Persepsi seseorang mampu mengetahui atau mengenal objek melalui alat penginderaan.

3. Motivasi

Hasil motivasi akan diwujudkan dalam bentuk perilaku, karena dengan motivasi individu terdorong untuk memenuhi kebutuhan fisiologis, psikologis dan sosial.

4. Belajar

Belajar adalah salah satu dasar memahami perilaku manusia, karena belajar berkaitan dengan kematangan dan perkembangan fisik, emosi, motivasi, perilaku sosial dan kepribadian. Melalui belajar orang mampu mengubah perilaku dari perilaku sebelumnya dan menampilkan kemampuannya sesuai kebutuhannya.

5. Inteligensi

Inteligensi adalah kemampuan seseorang dalam menyesuaikan diri terhadap situasi-situasi baru secara cepat dan efektif serta memahami berbagai interkoneksi dan belajar dengan menggunakan konsep-konsep abstrak secara efektif.

Green LW, Marshall W, 1991 menjelaskan bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavior causes*). Perilaku kesehatan ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor, yaitu:

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing faktor*)

Terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, status sosial dan nilai-nilai.

2. Faktor pendukung (*enabling faktor*)

Faktor pendukung meliputi tersedianya atau tidak tersedianya fasilitas kesehatan/sarana-sarana kesehatan, misalnya: Puskesmas, obat-obatan, dan jamban.

3. Faktor Pendorong (*reinforcing faktor*)

Terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Rumusan teori digambarkan sebagai berikut :

$$B = f(PF, EF, FR)$$

Keterangan:

B : *Behavior*

PF : *Predisposing faktor*

EF : *Enabling factor*

RF : *Reinforcing factor*

f : Fungsi

Perilaku adalah sesuatu yang kompleks yang merupakan resultan dari berbagai macam aspek internal maupun eksternal, psikologis maupun fisik. Perilaku tidak berdiri sendiri dan selalu berkaitan dengan faktor-faktor lain. Pengaruhnya terhadap status kesehatan dapat langsung maupun tidak langsung.

2.4.3 Domain perilaku kesehatan

Bloom (1908) dikutip dari (Notoatmodjo, 2012) membagi perilaku dalam tiga domain/ranah yaitu: pengetahuan, sikap, dan tindakan/praktik. Dalam perkembangan selanjutnya para ahli pendidikan dan untuk kepentingan hasil pendidikan, ketiga domain ini dapat diukur dari :

1. Pengetahuan

Pengetahuan yang merupakan domain yang sangat penting untuk terjadinya tindakan merupakan hasil dari “tahu” dimana terjadinya setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, misalnya: pengetahuan tentang materi pembelajaran yang diberikan oleh narasumber. Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yakni:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*shynthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.

Rogers (1974) dalam (Notoatmodjo, 2012), perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Proses pembentukan perilaku adalah sebagai berikut:

1) *Awareness* (kesadaran)

Orang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus.

2) *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tertentu. Di sinilah sikap objek mulai timbul.

3) *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

4) *Trial*, subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.

5) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Rogers pada penelitian selanjutnya menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut di atas.

1. Sikap

Sikap adalah reaksi/ respon/ tanggapan seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) dalam (Notoatmodjo, 2012) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek,
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek,
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*).

Sikap terdiri dari beberapa tingkatan, yaitu:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah sikap yang paling tinggi. (Sarwono, 2012) menjelaskan bahwa sikap dapat dibentuk atau berubah melalui lima cara, yaitu:

(1) Adopsi

Adopsi merupakan kejadian-kejadian atau peristiwa yang terjadi berulang dan terus-menerus dimana semakin lama akan diserap ke dalam diri individu dan memengaruhi terbentuknya sikap.

(2) Referensiasi

Berkembangnya inteligensi, bertambahnya pengalaman sejalan dengan bertambahnya usia, maka ada hal-hal yang terjadi dianggap sejenis, sekarang dianggap lepas dari jenisnya. Objek tersebut dapat terbentuk pula secara tersendiri.

(3) Integrasi

Pembentukan sikap dapat terjadi secara bertahap, dimulai dengan berbagai pengetahuan yang berhubungan dengan hal tertentu.

(4) Trauma

Trauma adalah suatu cara pembentukan atau perubahan sikap melalui suatu kejadian secara tiba-tiba dan mengejutkan sehingga meninggalkan kesan mendalam dalam diri individu tersebut. Kejadian tersebut akan membentuk atau mengubah sikap individu terhadap kejadian sejenis.

(5) Generalisasi

Generalisasi adalah suatu cara pembentukan atau perubahan sikap karena pengalaman traumatik pada diri individu terhadap hal tertentu, dapat menimbulkan sikap negatif terhadap semua hal yang sejenis atau sebaliknya.

Faktor yang memengaruhi terbentuknya sikap menurut (Sarwono, 2012):

1. Faktor internal

Faktor internal adalah faktor yang terdapat dalam diri seseorang yang bersangkutan seperti selektifitas. Kita tidak dapat menangkap seluruh rangsangan dari luar melalui persepsi, oleh karena kita harus memilih rangsangan mana yang akan kita dekati, dan mana yang harus dihindari. Pilihan ini ditentukan oleh motif-motif dan kecenderungan dalam diri.

2. Faktor eksternal

Faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari luar manusia, yaitu: sifat objek yang dijadikan sasaran sikap, kewibawaan orang yang menggunakan suatu sikap, media komunikasi yang digunakan dalam penyampaian sikap, dan situasi pada saat sikap terbentuk.

Suatu sikap pada diri individu belum tentu terwujud dalam suatu tindakan. Agar sikap terwujud dalam perilaku nyata diperlukan faktor pendukung (*support*) atau suatu kondisi yang memungkinkan (Sunaryo, 2004). Tingkatan praktik/tindakan meliputi:

1. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2. Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua.

3. Mekanisme (*mechanism*)

Individu dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sudah menjadi kebiasaan adalah indikator praktik tingkat tiga.

4. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan yang sudah berkembang dan dimodifikasi dengan baik tanpa mengurangi kebenaran dari tindakan tersebut. Terbentuknya suatu perilaku baru, terutama pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif yang berarti bahwa subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau objek di luarnya. Hal ini akan menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap subjek terhadap objek yang diketahui. Rangsang yang telah diketahui dan disadari tersebut akan menimbulkan respon yang lebih jauh lagi yaitu berupa tindakan terhadap atau sehubungan dengan stimulus.

2.4 Konsep Teori *Health Promotion Model* (HPM) Menurut Pender

2.4.1 Komponen *Health Promotion Model*

Health Promotion Model mengklasifikasikan determinan perilaku individu menjadi tiga kelompok proposisi yang spesifik, yaitu karakteristik individu dan pengalaman, *behavior specific cognition and effect*, dan faktor interpersonal/situasional. Karakteristik individu dan pengalaman adalah faktor pembawaan (jenis kelamin, usia, genetik) dan pengalaman yang membentuk perilaku ke depan. Faktor latar belakang ini umumnya tidak dapat dimodifikasi. *Behavior specific cognition and effect* meliputi *perceived benefit barrier to behaviour*, *perceived self efficacy*, dan sikap yang mendasari perilaku. Faktor ini merupakan target utama dari pengkajian perilaku promosi kesehatan individu. Sementara faktor interpersonal/ situasional adalah faktor lingkungan dan sosial yang memengaruhi perilaku kesehatan (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parson, 2002; Srof& Velsor-Friedrich, 2006). Definisi masing-masing komponen HPM, antara lain (Pender, 2015):

1. Karakteristik individu dan pengalaman, yaitu
 - a. *Prior related behaviour*, yaitu frekuensi perilaku kesehatan yang sama di masa lalu.
 - b. Faktor personal (biologis, psikologis, sosiokultural), yaitu karakteristi umum individu yang memengaruhi perilaku kesehatan. Faktor biologis meliputi usia, dan jenis kelamin. Faktor psikologis meliputi motivasi, harga diri, persepsi terhadap sakit. Sementara faktor sosiokultural meliputi tingkat pendidikan dan ekonomi.

2. *Behavior specific cognition and affect* (Alligood, 2014)
 - a. *Perceived benefit of action*, yaitu persepsi positif atau konsekuensi yang menguatkan untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu.
 - b. *Perceived barrier to action*, yaitu persepsi adanya hambatan yang terdiri dari ketidak tersediaan, tidak menyenangkan, biaya, kesulitan atau penggunaan waktu untuk tindakan-tindakan khusus.
 - c. *Perceived self efficacy*, yaitu penilaian kemampuan personal untuk mengatur dan melakukan perilaku kesehatan tertentu, kepercayaan diri untuk dapat melakukan perilaku kesehatan dengan baik.
 - d. *Activity related to action*, yaitu perasaan subyektif atau emosi yang muncul sebelum, selama, dan setelah berperilaku kesehatan tertentu.
 - e. Faktor interpersonal (keluarga, kelompok sebaya, petugas kesehatan): norma, dukungan sosial, model, yaitu persepsi yang berhubungan dengan perilaku, kepercayaan, sikap orang lain yang membuat individu ikut berperilaku kesehatan tertentu.
 - f. Faktor situasional (pilihan, karakteristik kebutuhan, estetikan daya beli), yaitu persepsi kesesuaian lingkungan jika individu berperilaku kesehatan tertentu.
 - g. Komitmen terhadap perilaku yang direncanakan, yaitu intensi/ niat untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu, termasuk identifikasi strategi untuk dapat melaksanakannya dengan baik.
 - h. *Immediate competing demand and preferences*, yaitu perilaku alternatif yang mengganggu kesadaran individu untuk berperilaku

sesuai dengan yang diharapkan, akibat adanya perencanaan perilaku kesehatan.

3. Hasil perilaku

Perilaku promosi kesehatan adalah tindakan akhir atau hasil tindakan. Perilaku akhirnya secara langsung ditujukan pencapaian hasil kesehatan positif untuk klien. Perilaku promosi kesehatan terutama sekali terintegrasi dalam gaya hidup sehat yang menyerap pada semua aspek kehidupan seharusnya mengakibatkan peningkatan kesehatan, peningkatan kemampuan fungsional, dan kualitas hidup yang lebih baik pada semua tingkat perkembangan.

2.4.2 Pernyataan teoritis

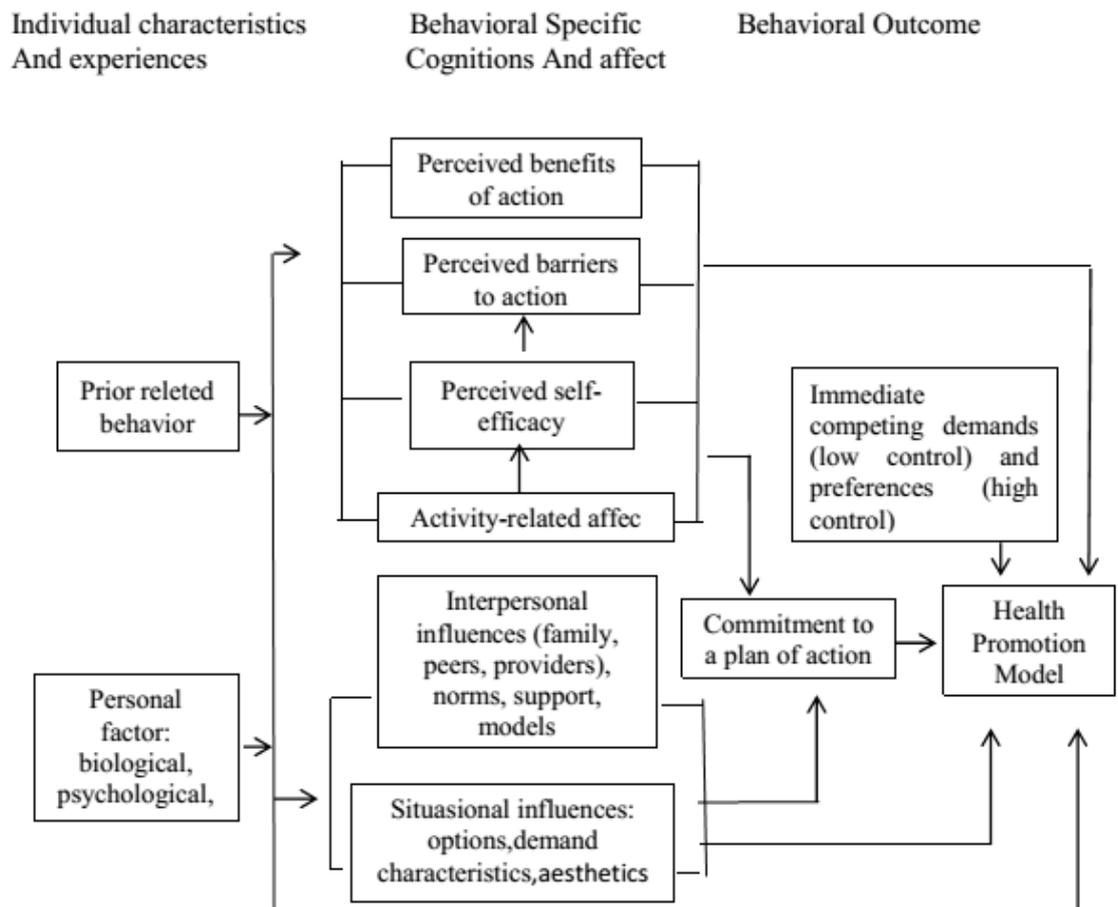
Health Promotion Model didasarkan pada proposisi teoritis sebagai berikut (Tomey & Alligood, 2010):

1. Perilaku sebelumnya dan sifat-sifat yang diwarisi turun temurun dan karakteristik yang diperoleh mempengaruhi keyakinan, sikap, dan perilaku promosi kesehatan.
2. Individu memiliki komitmen untuk melakukan perilaku di mana mereka telah memikirkan nilai personal yang menguntungkan.
3. Rintangan yang dirasakan (*perceived barrier*) dapat menurunkan komitmen untuk berperilaku, mediator perilaku seperti perilaku aktualnya.
4. *Perceived self efficacy* untuk melakukan perilaku yang diharapkan dapat meningkatkan komitmen berperilaku.
5. Semakin tinggi *perceived self efficacy*, maka akan semakin rendah *perceived barrier* untuk berperilaku sehat.

6. Sikap positif terhadap suatu perilaku berakibat pada *perceived self efficacy* yang tinggi.
7. Jika emosi atau sikap positif berhubungan dengan perilaku, kemungkinan komitmen dan pelaksanaan perilakunya semakin meningkat.
8. Individu cenderung komitmen terhadap suatu perilaku promosi kesehatan jika orang lain yang berpengaruh menunjukkan perilaku yang sama, memunculkan perilaku yang diharapkan, dan membantu memberikan dukungan untuk pelaksanaan tersebut.
9. Keluarga, teman sebaya, dan petugas kesehatan merupakan sumber pengaruh interpersonal yang dapat meningkatkan atau menurunkan komitmen individu untuk berperilaku promosi kesehatan.
10. Pengaruh situasional dalam lingkungan eksternal dapat meningkatkan dan menurunkan komitmen atau partisipasi dalam perilaku promosi kesehatan.
11. Komitmen yang tinggi untuk berperilaku tertentu sesuai rencana, meningkatkan kemampuan individu untuk mempertahankan perilaku promosi kesehatannya sepanjang waktu.
12. Komitmen terhadap rencana aksi tidak berakhir pada perilaku yang diharapkan, jika individu mendapatkan kontrol yang lemah.
13. Komitmen terhadap rencana aksi tidak berakhir pada perilaku yang diharapkan, jika ada perilaku lain yang lebih atraktif dan disukai oleh individu.
14. Individu dapat memodifikasi pengaruh kognitif, sikap, interpersonal, dan situasional supaya lebih mendukung perilaku promosi kesehatannya.

2.4.3 Model konseptual Pender

Rasional merevisi *Health Promotion Model* adalah dari adanya analisis studi penelitian. Proses menyempurnakan HPM mengalami beberapa perubahan. Pertama, *Importance of health, perceived control of health and cues for action* dihapus dari model. Kedua, *definition of health, perceived health status and demographic and biological characteristics* telah di masukkan dalam kategori personal factors pada tahun 1966 dalam revisi HPM.



Gambar 2.3 Revisi model Promosi kesehatan (pender, N, J). *Health promotion in nursing practice*

2.5 Keaslian Penelitian

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis	Hasil Penelitian
1	Pola Pemberian Makan Terhadap Peningkatan Status Gizi pada Anak Usia 1-3 Tahun (Toni Subarkah, Nursalam, Praba Diyan Rachmawati 2016)	D: <i>Cross sectional</i> S: <i>consecutive sampling</i> sebanyak 154 orang V: - independen: pola pemberian makan - dependen: status gizi I: kuesioner dan pengukuran antropometri	Ada hubungan kuat antara pola pemberian makan dengan status gizi pola pemberian makan tidak tepat dengan status gizi sangat kurus pola pemberian makan tepat dengan status gizi normal
2	<i>Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels</i> (Danaei et al., 2016)	D: <i>Comparatif</i> S: 137 Responden V: faktor stunting I: <i>check list</i> A: <i>regresi</i>	risiko lingkungan Diperkirakan kedua dampak terbesar di dunia secara otomatis dan di Asia Selatan, sub-Sahara Afrika, dan Asia Timur dan Wilayah Pasifik, sedangkan anak-anak yang kekurangan gizi dan infeksi membuang gugus-gugus yang menjadi pemicu faktor-faktor utama di wilayah lain.
3	<i>Nutritional status and risk factors for stunting in preschool children in Bhutan</i> (Kang et al., 2018)	D: NNS S: 3571 Responden V: faktor stunting I: <i>check list</i> A: <i>regresi</i>	Dalam regresi multivariabel, risiko stunting secara signifikan Meningkat berdasarkan usia: 5,3% pada <6 bulan (referensi), 16,8% pada 6-23 bulan (OR = 3,06, 95% CI [0,63, 14,8]), dan 25,0% pada 24-59 bulan (OR = 5,07, [1,16, 22,2]). Resiko dari stunting juga menurun secara dosis-respons dengan peningkatan pendidikan ibu.
4	Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Pola Pemberian Makanan pada Balita Gizi Kurang dan Gizi Buruk Berdasarkan Teori <i>Transcultural Nursing</i> (Firda Isnatri 2016)	D: <i>Cross sectional</i> S: simple random sampling sebanyak 33 orang V: independen: pengetahuan, ekonomi, nilai budaya dan gaya hidup, dukungan social dan keluarga, teknologi. Dependen: pola pemberian makanan	<ul style="list-style-type: none"> • tidak ada hubungan antara faktor pengetahuan dengan pola pemberian makanan • ada hubungan antara faktor ekonomi, nilai budaya dan gaya hidup dengan pola pemberian makanan • tidak ada hubungan antara faktor dukungan sosial dan keluarga dengan pola pemberian makanan ada hubungan antara faktor

		I: Kuesioner A: <i>Sperman Rank Test Correlation</i>	teknologi dengan pola pemberian makanan
5	Analisis Faktor Pemberian MP-ASI Dini pada Bayi Usia 0-6 Bulan Berdasarkan Transcultural Nursing di Puskesmas Proppo Pamekasan (Muhammad Syaltut 2016)	D: <i>Cross sectional</i> S: Cluster sampling sebanyak 61 responden V: Independen: pendidikan, ekonomi, kebijakan dan peraturan, nilai budaya dan gaya hidup, religiusitas dan filosofi, dukungan sosial dan keluarga dan teknologi. Dependen: Pemberian MP-ASI dini I: Kuesioner dengan wawancara terstruktur A: distribusi frekuensi dan persentase	Hampir seluruh ibu yang memberi MPASI dini pada bayi: <ul style="list-style-type: none"> • berpendidikan dasar dan menengah • memiliki status ekonomi kurang • memiliki sifat positif terhadap peraturan dan kebijakan ASI Eksklusif • memiliki nilai budaya dan gaya hidup bersifat negative • mendapatkan dukungan social dan keluarga yang bersifat negative • memiliki religiusitas dan filosofi yang bersifat positif • kurang dalam pemanfaatan teknologi
6	<i>Risk factors of stunting (chronic Under nutrition) of children aged 6 to24 Months in Mekelle City,TigrayRegion,North Ethiopia:Anunmatched case-control study</i> (Id, Seid, Gebremariam, & Berhe, 2019)	D: <i>Case control</i> S: 330 Responden V: faktor stunting I: <i>chec klist</i> A: <i>regresi</i>	Berikut ini adalah faktor-faktor utama yang dianggap berbahaya: kurangnya pendidikan formal ibu (customizedoddsratio (AOR = 6.4)), motherheightless than150cm (AOR = 4.2), motherwith abodymassindex kurang dari18.5kg / m ² (AOR = 3,8), berat bayi kurang dari 2,5 kg (AOR = 5.3), rumah tangga dengan dua dan di bawah anak-anak (AOR = 2.9), keanekaragaman hayati skor <4 (AOR = 3,2) dandiselesaikan berulangdalam episode (AOR = 5,3)

7	<i>Community factors associated with stunting, overweight and food insecurity: a community-based mixedmethod study in four Andean indigenous communities in Ecuador</i>	D: <i>Case control</i> S: 298 Responden V: faktor stunting I: <i>check list</i> A: <i>regresi</i>	67,8% anak-anak tinggal di rumah tangga dengan kerawanan pangan, lebih sering pada mereka yang berpenghasilan di bawah upah minimum (ORa 2,90, 95% CIa 1,56 hingga 5,41) dan lebih jarang mereka yang makan quinoa dalam 24 jam terakhir (ORa 0,17,95% CIa 0,06-0,48).
(Walrod et al., 2018)			
8	<i>Factors Associated with Stunting among Children Aged 0 to 59 Months from the Central Region of Mozambique</i>	D: <i>Case control</i> S: 282 Responden V: faktor stunting I: <i>check list</i> A: <i>regresi</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa berat lahir, pendidikan ibu status, pekerjaan ibu, tinggal di daerah pedesaan, ukuran keluarga, jumlah anak balita, umur rumah tangga, memasak dengan arang, menghuni perumahan kayu atau jerami atau perumahan tanpa lantai yang layak, durasi menyusui secara keseluruhan serta durasi eksklusif menyusui, dan waktu dimulainya pemberian makanan pelengkap secara signifikan terkait dengan stunting.
(West et al., 2018)			
9	<i>Spatial Heterogeneity and Risk Factors for Stunting Among Children Under Age Five in Ethiopia: a Bayesian GeoStatistical Model</i>	D: <i>cross sectional</i> S: random sampling sebanyak 1.723 anak V: usia anak, jenis kelamin, morbiditas, dan tempat persalinan, tingkat pendidikan orang tua atau wali, usia, etnis, dan agama, ketinggian, tingkat kerawanan dan keragaman makanan rumah tangga, status ekonomi relatif, jenis kelamin kepala rumah tangga, dan pekerjaan suami I: kuesioner A: <i>regresi logistic</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko untuk stunting paling besar untuk kelompok usia 24-35 bulan. • Pendidikan ibu memiliki hubungan yang kuat dan konsisten dengan status gizi buruk. • Hubungan tidak signifikan antara kekayaan keluarga dan risiko stunting.
(Selfu Hagos, Damen Hailemariam, Tasew Wolde Hanna, Bernt Lindtjørn 2017)			
10	<i>Relative importance of 13 correlates of child stunting in South Asia: Insights from nationally representative data from</i>	D: <i>representative cross sectional survey</i> S: 41.916 anak. V: makanan tambahan, menyusui, frekuensi	<ul style="list-style-type: none"> • Ada hubungan antara perawakan ibu pendek dan kurangnya makan pendamping pada bayi dengan stunting • Adanya hubungan

	<p><i>Afghanistan, Bangladesh, India, Nepal, and Pakistan.</i></p> <p>(Rockli Kim, Ivan Mejía-Guevara, Daniel J. Corsi, Víctor M. Aguayo, S.V. Subramanian 2017)</p>	<p>makan, keragaman makanan, tinggi badan ibu, indeks massa tubuh (BMI), pendidikan, usia perkawinan, vaksinasi anak, akses terhadap fasilitas minum dan sanitasi yang lebih baik, kualitas udara dalam rumah tangga, dan kekayaan rumah tangga.</p> <p>I: kuesioner A: regresi logistik</p>	<p>perawakan ibu pendek, kekayaan rumah tangga, ibu kurus, memenuhi keragaman makanan, Pendidikan ibu, dan usia ibu saat menikah dengan stunting</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ditemukan korelasi antara vaksinasi dan frekuensi makan dengan stunting
<p>11 <i>Risk factors for stunting among children under five years: a cross-sectional population-based study in Rwanda using the 2015 Demographic and Health Survey</i></p> <p>(Nshimyriryo et al., 2019)</p>	<p>D: Cohort S: 3594 Responden V: faktor stunting I: check list A: regresi</p>	<p>Total 3594 di bawah 5 tahun dimasukkan; di mana 51% dari mereka adalah anak laki-laki. Prevalensi pengerdilan adalah 38% (95% CI: 35,92-39,52) untuk semua anak. Dalam analisis yang disesuaikan, faktor-faktor berikut signifikan: anak laki-laki (OR 1,51; 95% CI 1.25–1.82), anak-anak usia 6-23 bulan (OR 4.91; 95% CI 3.16–7.62) dan anak-anak usia 24–59 bulan (OR 6.34; 95% CI 4.07–9.89) dibandingkan dengan usia 0–6 bulan, berat lahir rendah (OR 2.12; 95% CI 1.39–3.23), ibu rendah tinggi (OR 3,27; 95% CI 1,89-5,64), pendidikan dasar untuk ibu (OR 1,71; 95% CI 1,25-2,34), ibu yang buta huruf (OR 2,00; 95% CI 1,37-2,92), riwayat tidak minum obat cacing selama kehamilan (OR 1,29; 95% CI 1,09-1,53), rumah tangga termiskin (OR 1,45; 95% CI 1,12-1,86; dan OR 1,82; 95% CI 1,45-2,29 masing-masing).</p>	

12	<i>Environmental Risk Factors Associated with Child Stunting: A Systematic Review of the Literature</i> (Vilcins, Sly, & Jagals, 2018)	D: sistematik review S: 45 artikel V: faktor stunting I: <i>check list</i> A: <i>regresi</i>	Berbagai faktor risiko lingkungan, pada tingkat yang berbeda, terkait dengan pengerdilan, menunjukkan pentingnya mempertimbangkan bagaimana lingkungan berinteraksi dengan nutrisi. Kegiatan promosi kesehatan mungkin lebih efektif jika mempertimbangkan faktor lingkungan intervensi nutrisi
----	---	--	---
