

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Ibu hamil berperawakan pendek yang memiliki tinggi badan 150 cm dan indeks masa tubuh (IMT) $<18,5$ Kg secara signifikan melahirkan bayi pendek < 48 cm dan bayi berat badan lahir rendah (BBLR) <2500 gram (Khanam *et al.*, 2018). Hal ini terjadi antar generasi dikarenakan pertumbuhan janin dalam kandungan terhambat karena ibu hamil kekurangan zat gizi dan mengalami kekurangan vitamin dan mineral dalam tubuh sehingga menyebabkan berat badan lahir rendah (BBLR) dan *stunting* pada *neonatal*, ini banyak terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Kozuki *et al.*, 2015).

Masalah *stunting* yang terjadi pada balita diakibatkan oleh panjang badan bayi saat dilahirkan <48 cm (*neonatus stunting*) dan umumnya bayi yang dilahirkan dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu < 2500 gram (Paudel *et al.*, 2011). *Neonatus stunting* lahir dari ibu pendek yang memiliki tinggi badan < 150 cm, tinggi badan ibu mempengaruhi linier keturunan selama periode pertumbuhan terhadap berat badan dan panjang badan lahir termasuk asupan nutrisi ibu saat hamil (Addo *et al.*, 2013). Penelitian yang dilakukan Schmidt di Jawa Barat menyimpulkan bahwa setiap kenaikan 1 cm tinggi badan ibu hamil maka panjang badan bayi bertambah 0.196 cm ($p < 0.000$) ini menjadi

alasan penting anak perempuan menjadi target penting dalam perbaikan stunting hingga generasi selanjutnya (Schmidt *et al.*, 2002)

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Hanum, Khomsan dan Heryatno Yayat, 2014) di Kabupaten Cianjur Jawa Barat sebagian besar ibu anak (67.8%) tergolong pendek (TB < 150 cm), anak stunting (74.5%) lebih banyak memiliki ibu yang pendek daripada anak normal (60.5%). Black (2008) menjelaskan status gizi yang buruk dan tinggi badan ibu yang pendek dapat meningkatkan risiko kegagalan pertumbuhan intrauterine. Pertumbuhan janin kurang memadai selama dalam kandungan akan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan anak yang lebih rendah.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Dubois, *et.al* pada tahun 2012 yang menunjukkan bahwa pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan faktor keturunan. Faktor keturunan hanya sedikit (4-7% pada wanita) mempengaruhi tinggi badan seseorang saat lahir. Sebaliknya, pengaruh faktor lingkungan pada saat lahir ternyata sangat besar (74-87% pada wanita). Hal ini membuktikan bahwa kondisi lingkungan yang mendukung dapat membantu pertumbuhan dan perkembangan anak (Badan Perencanaan dan Pembangunan, 2018).

Stunting atau pendek merupakan kondisi gagal tumbuh pada bayi (0-11) bulan dan anak balita (12-59) bulan akibat dari kekurangan gizi kronik terutama dalam 1.000 hari pertama kehidupan sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah

bayi lahir, tetapi kondisi *stunting* baru nampak setelah anak berusia 2 tahun (Persagi 2014).

Retardasi pertumbuhan linier pada anak dikenal dengan sebutan *stunting* yang merupakan masalah utama di negara berkembang, diperkirakan bahwa prevalensi *stunting* pada anak kurang dari 5 tahun di negara Afrika dan Asia (tidak termasuk China) sebesar 90%, mewakili sekitar 125 juta individu untuk itu dibutuhkan penurunan 3,9% pertahun (WHO, 2012). Target global yang tercapai adalah menurunkan *stunting* 39,7% dari tahun 1990 menjadi 26,7% pada tahun 2010. Dalam jangka waktu 20 tahun tersebut dapat diturunkan 1,6% pertahun. Penurunan yang sangat kecil terjadi di Afrika dari 40% menjadi 38%). Sedangkan penurunan yang cukup besar terjadi di Asia (49% menjadi 28%), yaitu penurunan sekitar 2,9% pertahun (WHO, 2014).

Faktor determinan pendek pada bayi antara lain adalah tinggi badan ibu yang kurang dari < 150 cm, indeks massa tubuh (IMT) ibu hamil < 18,5 Kg, penambahan berat badan selama hamil yang dibawah standard asupan zat gizi yang dibawah angka kecukupan gizi. Selain itu faktor pendidikan dan status ekonomi jelas berpengaruh terhadap status gizi pendek, makin tinggi pendidikan dan makin sejahtera keluarga maka makin kecil prevalensi pendek, demikian halnya semakin baik status ekonomi keluarga maka semakin kecil prevalensi *stunting* pada anak balita (Trihono et al, 2015).

Scaling Up Nutrition Movement (The SUN Movement) merupakan upaya global dari berbagai negara dalam rangka memperkuat komitmen dan rencana aksi percepatan perbaikan gizi, khususnya penanganan gizi sejak seribu hari dari masa

kehamilan hingga anak usia 2 tahun gerakan ini sebagai respon untuk mengatasi kompleksnya masalah gizi dan kesehatan ibu dan anak yang dipublikasi oleh *the Maternal and Child Nutrition Study Group* yang dipimpin oleh Robert E Black dalam *the Lancet's Series on Maternal and Child Undernutrition* Januari 2008.

Seribu hari pertama kehidupan yaitu 270 hari selama masa didalam kandungan dan 730 hari setelah persalinan merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan organ yang menyusun berbagai sistem didalam tubuh kita (Endang L. Achadi Atmarita, Rachmi Untoro, 2012). Proses pertumbuhan dan perkembangan memerlukan asupan zat gizi, baik yang dikonsumsi ibu maupun yang berasal dari cadangan tubuh ibu hingga anak berusia 2 tahun (*golden period*). (Bidang Kesejahteraan Kementerian Rakyat, 2012).

Asupan gizi yang kurang akan menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan akan terganggu akibat jumlah sel yang kurang. Bila asupan gizi yang tidak cukup maka akan menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan sel yang masih dapat diperbaiki. Namun, bila kekurangan terjadi setelah 1000 hari maka kerusakan atau gangguan yang terjadi bersifat menetap (Barker, 1997) (Kattula et al 2014).

Faktor determinan stunting pada bayi antara lain yaitu tinggi badan ibu < 150 cm dan Indeks Massa Tubuh (IMT) < 18,5 cm, penambahan berat badan (BB) ibu dibawah standar dan asupan zat gizi yang dibawah angka kecukupan gizi (WHO, 2014).

Penelitian yang dilakukan di Swedia diperoleh hasil bahwa ibu hamil pendek dikaitkan dengan peningkatan progresif pada wanita melahirkan bayi

prematur. Perawakan pendek ibu adalah faktor yang berkontribusi untuk kelahiran prematur idiopatik di seluruh dunia, mungkin karena kendala anatomi ibu. Kelahiran prematur tidak hanya merupakan penyebab utama kematian neonatal di seluruh dunia, tetapi juga terkait dengan hasil kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang merugikan (Jose GB Derraik et,al 2016).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 di Indonesia tinggi badan beresiko pada ibu hamil yaitu < 150 cm sebesar 30,5%. Ibu hamil pendek banyak terdapat di daerah pedesaan sebesar 34,2% dan di daerah perkotaan sebesar 27,6%. Dari data Riskesdas tersebut semakin tinggi jenjang pendidikan ibu hamil maka semakin rendah prevalensi tinggi badan beresiko < 150 cm. Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil pada usia 15-49 tahun sebesar 17,3 % (Badan Litbang Kemenkes RI, 2018).

Penelitian di Brazil mengungkapkan bahwa anak yang lahir dari ibu yang memiliki tinggi badan kurang dari 145 cm cenderung memiliki anak dengan tinggi badan lebih rendah daripada anak yang lahir dari ibu yang memiliki tinggi lebih dari 160 cm ($P < 0,0001$). Penelitian di Uruguay menunjukkan bahwa ibu berperawakan pendek ibu TB < 160 cm merupakan prediktor yang signifikan untuk melahirkan anak stunting (Ferreira et al., 2008). Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya di Brazil yang melihat hubungan antara perawakan ibu yang pendek dengan berat badan lahir rendah (< 3000 gram; $P = 0,01$) dan stunting ($P = 0,019$) (Mahmudiono, Segalita, & Rosenkranz, 2019).

Di Meksiko anak-anak yang lahir dari ibu yang memiliki tinggi badan di bawah 150 cm memiliki kemungkinan 3,6 kali lebih besar untuk mengalami stunting dibandingkan dengan anak-anak dengan ibu yang lebih tinggi dari 150 cm (Varela-Silva, Azcorra, Dickinson, Bogin, & Frisancho, 2009). Sebuah studi menggunakan sampel besar di pedesaan Indonesia dan Bangladesh mengungkapkan hubungan antara perawakan pendek ibu dan beban ganda ibu anak (MCBD) (Oddo et al., 2012). Data Indonesia menunjukkan rumah tangga yang memiliki ibu bertubuh pendek menunjukkan peningkatan ganjil MCBD 2,32 kali (95% CI = 2,25–2,40) lebih tinggi dibandingkan dengan rumah tangga tanpa ibu bertubuh pendek. Demikian pula, data yang dikumpulkan dalam populasi Bangladesh menunjukkan OR paralel = 2,11 (95% CI = 1,96-2,26) untuk perawakan ibu yang pendek (Oddo et al., 2012). (Mahmudiono et al., 2019).

Stunting atau perawakan pendek merupakan masalah kesehatan masyarakat yang harus diselesaikan data global menyebutkan 3,1 juta balita meninggal setiap tahun karena gizi kurang, dan jumlah ini menyumbang 45% dari total angka kematian anak di dunia (Black et al 2008; Black et al., 2013). Indonesia memiliki jumlah anak dengan hambatan pertumbuhan terbanyak kelima di dunia. Diperkirakan sekitar 165 juta anak dibawah usia lima tahun di Indonesia pendek dan terhambat pertumbuhannya (Unicef, 2013). Riskesdas 2018 Prevalensi status gizi pada anak umur 0-23 bulan yaitu sangat pendek 12,8% pendek 17,1% dan normal 70,1%. Untuk *neonatus stunting* panjang badan lahir < 48 cm sebesar 23,1%. (Badan Litbang Badan Litbang Kemenkes RI, 2018).

Prevalensi *stunting* TB/U pada balita 0-59 bulan di Kabupaten Gorontalo pada tahun 2017 yaitu sebesar 32,3%, prevalensi *stunting* 0-24 bulan berdasarkan hasil pemantauan status gizi tahun 2017 sebesar 24,8%, hal ini tidak sesuai dengan target WHO yaitu menurunkan prevalensi *stunting* pada balita sebesar 20% pada tahun 2020. Dari data diatas menjadikan Kabupaten Gorontalo sebagai *pilot project* untuk mencegah dan mengatasi masalah *stunting* dari Kementerian Kesehatan (Dinkes Kab. Gorontalo, 2017).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan di 2 (dua) puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo yaitu Puskesmas Tilote dan Talaga Jaya, pada tanggal 6 sampai 14 agustus 2018 di peroleh data panjang badan bayi lahir < 48 cm sebesar 20,2%, BBLR sebesar 18,5%, tinggi badan ibu hamil < 145 cm sebesar 12,94%, tinggi badan ibu hamil 145 – 150 cm sebesar 36,73% dan tinggi badan > 150 cm sebesar 50,33%. Dari hasil wawancara dengan 30 ibu hamil pendek < 150 cm diperoleh data yaitu yang mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK) 4 orang, berat badan < 45 kg 2 orang, Hb < 11 gram 16 orang, memiliki penyakit infeksi 2 orang, memiliki riwayat abortus 2 orang, usia tertinggi yaitu 20-35 tahun 26 orang dan 4 orang usia < 20 tahun, kehamilan pertama 14 orang, pendidikan tertinggi adalah lulus SD 10 orang, pendapatan keluarga < UMR (upah minimum regional) 14 orang. Untuk akses ke tempat pelayanan kesehatan cukup terjangkau yaitu jaraknya tidak lebih dari 3 km dan dapat dijangkau dalam waktu 5-10 menit dengan menggunakan sepeda motor dan becak motor.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan di 2 (dua) puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo yaitu Puskesmas Tilote dan Talaga Jaya, pada tanggal 6 sampai 14 Agustus 2018 di peroleh gambaran kebiasaan makan ibu hamil di Gorontalo yaitu membatasi asupan protein hewani seperti ikan, karena jika memakan ikan selama kehamilan maka bayi yang akan dilahirkan akan berbau tidak sedap (amis). Selain itu fenomena yang menjadi kebiasaan ibu hamil yaitu sering mengkonsumsi minyak kelapa yang diminum utuh dengan alasan agar proses melahirkan lancar. Di Gorontalo masih banyak ditemui dalam satu rumah terdapat 2 sampai 3 Kepala Keluarga (KK) dimana anak yang telah berumah tangga masih tinggal dengan orang tuanya, sehingga orang tua masih memiliki peran besar dalam pengambilan keputusan terutama mengenai masalah kesehatan.

Strategi percepatan penurunan stunting di Kabupaten Gorontalo yang telah di paparkan oleh Bupati Gorontalo di Gedung Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) 29 Agustus 2019 yaitu melibatkan seluruh stakeholder yang ada di Kabupaten Gorontalo untuk berkomitmen bersama mencegah stunting dengan cara intervensi sensitive dan spesifik, peningkatan intensitas informasi stunting awareness, revitalisasi fungsi kelembagaan terkait, pengendalian dan pencegahan stunting serta jaminan perlindungan kesehatan. Intervensi sensitive dan spesifik melalui program G-Gas (Gugus Tugas Penanganan Ibu Hamil), PSIA (Pekan Sayang Ibu dan Anak), siar Germas, SiDora (Siap donor Darah). Aksesibilitas melalui pembentukan dan pengembangan kelompok kerja

stunting, kampanye perilaku hidup sehat, pembentukan basis data stunting. Ketersediaan pembangunan rumah layak huni, pembangunan Kawasan kumuh, penyediaan obat, penguatan cadangan pangan, penguatan layanan kesehatan. Stabilitas dengan cara pemberian tablet FE bagi remaja putri dan WUS (wanita usia subur), pelayanan *screening* dan konseling, *sweeping*/kunjungan rumah. Keberlanjutan melalui gebyar PSIA dan pekan sehat, gema penting (Gerakan Masyarakat Peduli Stunting), wisuda balita dan rembuk stunting daerah (Pemda Kab.Gorontalo, 2019).

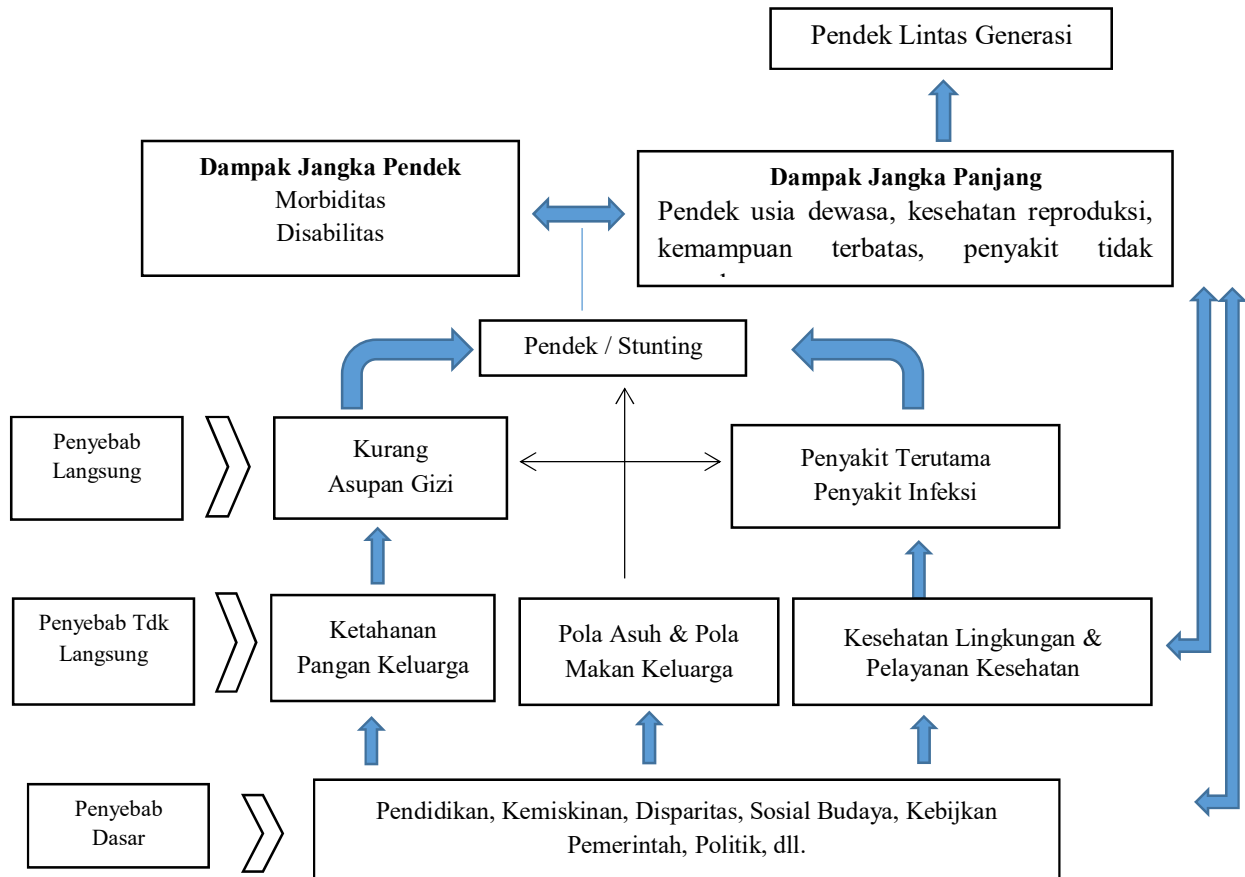
Tantangan faktor determinan stunting di Kabupaten Gorontalo yaitu terdiri dari penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung ASI eksklusif masih sangat rendah, kasus anemia 30-40% pada ibu hamil, pola konsumsi yang kurang optimal, adanya penyakit infeksi sebagai penyerta (ISPA,TB Paru). Penyebab tidak langsung pernikahan dini 13-19 tahun, kurangnya alat pengukur HB di Puskesmas sebagai alat deteksi dini anemia, untuk wilayah kelurahan tidak mempunyai alokasi anggaran untuk pemberdayaan masyarakat, kemiskinan, lingkungan pemukiman yang kurang sehat, akses mobilisasi pangan, rendahnya pemahaman masyarakat terkait intervensi gizi ibu hamil dan balita, pola asuh yang kurang tepat, kepadatan hunian, kader kesehatan/posyandu yang sering melakukan pergantian (Pemda Kab Gorontalo, 2019).

Masalah stunting pada balita dapat menghambat perkembangan anak, dengan dampak negatif yang akan berlangsung selanjutnya dapat berdampak pada penurunan intelektual, rentan terhadap penyakit tidak menular, penurunan

produktivitas hingga menyebabkan kemiskinan dan risiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan panjang badan < 48 cm (UNICEF, 2012 dan WHO, 2010).

1.2. Kajian Masalah

Fokus masalah pada penelitian ini adalah ibu hamil pendek adalah kelompok yang beresiko untuk melahirkan bayi yang pendek (*neonatus stunting*) sehingga nantinya bayi pendek ini akan menjadi balita dan anak *stunting*. Untuk itu perlu dilakukan langkah dalam memutuskan mata rantai penyebab stunting antar generasi dengan cara memberikan intervensi pada ibu hamil pendek melalui intervensi spesifik dan intervensi sensitif. UNICEF 2013 menyatakan bahwa masalah status pendek bayi dan balita disebabkan oleh penyebab langsung, penyebab tidak langsung maupun penyebab dasar. Penyebab langsung yaitu asupan nutrisi yang dikonsumsi ibu pada saat hamil, dan penyakit infeksi yang diderita sedangkan penyebab tidak langsung yaitu ketersediaan pangan keluarga, karakteristik keluarga (pendidikan, pendapatan, sosial ekonomi), pola asuh, sanitasi lingkungan, pelayanan kesehatan, kemiskinan dan sosial budaya.



Gambar 1.1 Kerangka Pembahasan *Stunting* di Indonesia (Unicef, 2013)

SUN Framework di masing-masing negara diterjemahkan sebagai strategi dan program gizi tingkat nasional, dengan memperluas intervensi yang berbasis bukti (evidence based intervention) dan intervensi yang bersifat cost-effective, mengintegrasikan program gizi di dalam strategi dan berbagai program nasional antara lain strategi dan program untuk kesetaraan gender, program di bidang pertanian, ketahanan pangan, perlindungan sosial, pendidikan, penyediaan air bersih sanitasi, pelayanan kesehatan dan pemberdayaan perempuan dan keluarga (Nabarro, 2013).

Penanganan stunting dilakukan melalui intervensi secara Spesifik dan intervensi secara Sensitif. Intervensi spesifik yang mengacu pada sasaran 1.000 hari pertama kehidupan (HPK), kegiatan ini umumnya dilakukan oleh sector kesehatan dan intervensi ini bersifat jangka pendek. Intervensi Sensitif umumnya dilakukan diluar sector kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk 1000 HPK. Namun bila direncanakan khusus dan terpadu dengan kegiatan spesifik, dampaknya sensitive terhadap keselamatan proses pertumbuhan dan perkembangan 1000 HPK. Tingkat keberhasilan pencegahan dan penanggulangan masalah stunting melalui intervensi spesifik 30% dan keberhasilan melalui intervensi sensitive 70%. (Kemenkes RI, 2013, Trihono dkk, 2015, Elan satriawan, 2018).

Tabel 1.1. Program Penanggulangan Stunting Melalui Intervensi Spesifik dan Intervensi Sensitive

Jenis Intervensi	Kelompok Sasaran	Program/ Kegiatan Intervensi
Spesifik	Ibu hamil	Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dan kelompok miskin, suplementasi tablet tambah darah
	Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	Promosi dan konseling menyusui Promosi dan konseling pemberian makanan bayi dan anak (PMBA) Tata laksana gizi buruk akut Pemberian makanan tambahan Pemulihan bagi anak gizi kurang akut Pemantauan pertumbuhan
	Anak 24-59 bulan	Tata laksana gizi buruk akut Pemberian makanan tambahan Pemulihan bagi anak gizi kurang akut Pemantauan Pertumbuhan
	Remaja dan WUS	Suplementasi tablet tambah darah
Sensitif		Peningkatan Penyediaan air minum dan sanitasi : Akses air minum yang aman, Akses sanitasi yang layak
		Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan : Akses pelayanan KB, akses JKN
		Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak melalui : Penyebarluasan informasi melalui berbagai media Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua Akses PAUD dan Tumbang Penyediaan konseling kesehatan Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak Pendidikan gizi masyarakat

Sumber : Kemenkes RI, 2013, Kementrian Pembangunan Desa Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, 2017.

Menurut Sistem Kesehatan Nasional, pemberdayaan masyarakat adalah meningkatkan kemampuan masyarakat untuk berperilaku sehat, mampu mengatasi

masalah kesehatan secara mandiri, berperan aktif dalam setiap pembangunan kesehatan, serta dapat menjadi penggerak dalam mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan. Isu pemberdayaan ini juga didukung secara global dalam SDGs tujuan ke 5 yakni pemberdayaan perempuan di segala bidang termasuk kesehatannya (Adisasmito Wiku, 2010).

Pendekatan berbasis pemberdayaan masyarakat inilah yang sedang diminati karena dinilai bahwa pendekatan ini akan mempercepat tercapainya tujuan program-program pembangunan menggantikan model-model intervensi berbasis layanan yang selama ini dianalisis dan dievaluasi telah membawa kegagalan pada pencapaian program-program pemerintah. Pendekatan berbasis masyarakat telah dicoba diterapkan pada setiap program pembangunan di bidang kesehatan untuk membantu melakukan penilaian terhadap berbagai masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat (Bappenas, 2012).

Sesuai dengan Permendesa No 19 Tahun 2017 tentang Prioritas Penggunaan Dana Desa 2018 terkait Stunting, Prioritas Penggunaan Dana Desa untuk membiayai kegiatan bidang pembangunan dan pemberdayaan masyarakat. Kegiatan bidang pemberdayaan masyarakat meliputi dukungan pengelolaan kegiatan pelayanan sosial dasar di bidang pendidikan, kesehatan, pemberdayaan perempuan dan anak, pelatihan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan kader kesehatan masyarakat serta pendampingan ibu hamil dan nifas oleh kader (Kementrian PDPTT, 2017).

Kata kunci yang bisa diambil dari pengalaman Nepal dan Sri Lanka adalah pemberdayaan masyarakat dengan memberdayakan masyarakat local yang ada untuk mengatasi masalah Angka Kematian Ibu (AKI). Pemberdayaan masyarakat memang

menjadi salah satu point yang juga tertuang dalam Rencana pembangunan Jangka panjang Bidang Kesehatan tahun 2005-2025. Peran masyarakat sangat penting dalam pembangunan kesehatan, masalah kesehatan di suatu daerah perlu diatasi oleh pemerintah dan masyarakat sendiri. Keberhasilan pembangunan kesehatan dapat diraih jika penyelenggaraan berbagai upaya/strategi berangkat dari akar permasalahan dan potensi spesifik daerah termasuk di dalamnya sosial dan budaya setempat (Bappenas, 2012).

Untuk program *Safe Motherhood*, pada tahun 2012 di Eritrea dilakukan evaluasi program *Safe Motherhood* berbasis masyarakat (Janet, Mekonnen, & Polan, 2011). Program ini dilaksanakan dengan mempromosikan kesehatan ibu berfokus pada pengetahuan dan perilaku yang dapat mencegah kematian dan kelahiran komplikasi maternal dimana Intervensi dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan kesiapan perempuan kelahiran, pengetahuan tanda bahaya kelahiran, penggunaan pelayanan antenatal (ANC) layanan, dan pengiriman di fasilitas kesehatan. Hasilnya menunjukkan bahwa masyarakat yang dilatih untuk menjadi tenaga promotor kesehatan (relawan) telah dapat meningkatkan pengetahuan keselamatan ibu dan mendorong penggunaan pelayanan kehamilan dan persalinan yang baik.

Berdasarkan hasil kajian kelompok kerja Kesehatan Ibu dan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Tahun 2015, banyak faktor yang menyebabkan kegagalan dalam menurunkan angka kematian ibu dan anak, tetapi yang sangat berkaitan dengan kegagalan tersebut adalah upaya untuk mengedepankan upaya promosi, pencegahan dan deteksi dini, promosi dan pencegahan untuk menghindarkan masyarakat masuk kategori berisiko.

Berdasarkan hasil kajian dari beberapa teori perubahan perilaku, faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu program kesehatan tidak hanya faktor individu (*intrapersonal*), tetapi juga faktor keluarga dan lingkungan (*intrapersonal*). Pelayanan kesehatan dan perilaku sangat mempengaruhi. *Social Cognitive Theory* (SCT) yang dikembangkan oleh Albert Bandura merupakan determinasi timbal balik dalam interaksi antara orang dan lingkungan mereka. Kebanyakan teori perilaku dan sosial fokus pada individu, sosial, dan faktor lingkungan yang menentukan perilaku individu atau kelompok (misalnya, hambatan, penghargaan dan hukuman, dan norma sosial yang digambarkan dalam komunikasi massa). SCT berpendapat bahwa perilaku manusia adalah produk dari interaksi dinamis pengaruh pribadi, perilaku, dan lingkungan. Meskipun ia mengakui caranya lingkungan membentuk perilaku, teori ini berfokus pada kemampuan potensial orang untuk mengubah dan membangun lingkungan yang sesuai dengan tujuan yang mereka rancang sendiri (Bandura, 1977).

Pendampingan merupakan salah satu strategi yang umum digunakan oleh pemerintah dan lembaga non profit dalam upaya meningkatkan mutu dan kualitas dari sumber daya manusia, sehingga mampu mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari permasalahan yang dialami dan berupaya untuk mencari alternatif pemecahan masalah yang dihadapi (Notoatmodjo, 2007)

Kader kesehatan di Indonesia merupakan pendamping yang menarik perhatian khalayak, kesederhanaannya dan asalnya dari masyarakat setempat, telah membuat kader begitu dekat dengan masyarakat. keberadaannya yang selalu dekat dengan masyarakat membuat alih pengetahuan dan ketrampilan dari kader

kepada tetangganya dengan mudah. Kedekatannya dengan petugas puskesmas telah membuat mereka menjadi penghubung yang andal antar petugas kesehatan dengan masyarakat (Adisasmito, 20 wiku).

Berdasarkan uraian tersebut maka upaya untuk mencegah terjadinya *neonatus stunting* yang dilahirkan dari ibu hamil pendek bukan saja dapat diselesaikan dengan intervensi spesifik namun dapat diselesaikan dengan intervensi sensitive melalui pemberdayaan masyarakat. Hal ini juga sesuai dengan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dimana pemberdayaan Masyarakat merupakan bagian dari komponen pembentuk sistem kesehatan yang berkembang di Indonesia (Roemer 1991 dalam Adisasmito wiku, 2010). Melalui pemberdayaan masyarakat maka kita dapat melibatkan potensi atau sumber daya yang ada di masyarakat dalam hal ini pendampingan oleh kader yang selama ini dianggap sebagai penghubung yang handal antara petugas kesehatan dan msyarakat.

Dalam penelitian ini kader kesehatan akan dilatih agar memiliki pengetahuan dan keterampilan mengenai perawatan kehamilan, nutrisi bagi ibu hamil, pola hidup bersih dan sehat, tanda-tanda bahaya kehamilan. Kader intervensi edukasi yang bersifat persuasive pada ibu hamil pendek. Dari intervensi yang diberikan oleh kader diharapkan dapat merubah persepsi, pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga dan ibu hamil pendek sehingga diharapkan ibu hamil sehat, dan melihat efek pendampingan pada panjang badan lahir.

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu :

1. Bagaimanakah pengalaman ibu hamil pendek selama ini dalam menghadapi kehamilan?
2. Bagaimanakah rumusan model pemberdayaan pada ibu hamil pendek melalui pendampingan kader kesehatan?
3. Bagaimanakah hasil uji coba model pemberdayaan pada ibu hamil pendek melalui pendampingan kader kesehatan?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk merumuskan model pemberdayaan pada ibu hamil pendek melalui pendampingan kader kesehatan untuk mencegah *neonatus stunting* di Kabupaten Gorontalo

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Untuk melihat pengalaman ibu hamil pendek dalam menghadapi kehamilannya di Kabupaten Gorontalo.
2. Untuk menemukan proposisi-proposisi dari hasil penelitian pertama (kualitatif).
3. Untuk merumuskan model pemberdayaan pada ibu hamil pendek melalui pendampingan kader kesehatan untuk mencegah *neonatus stunting* di Kabupaten Gorontalo.

4. Untuk melihat perbandingan sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada variabel pengetahuan, sikap, tindakan ibu hamil dalam pelayanan antenatal care, dukungan keluarga dan pengetahuan ibu tentang asupan nutrisi
5. Untuk melihat perbandingan antara pengetahuan, sikap, tindakan ibu hamil pendek dalam layanan kehamilan, dukungan suami dan pengetahuan tentang asupan nutrisi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol
6. Untuk mengetahui pengaruh pengetahuan, sikap, tindakan ibu hamil pendek dalam layanan kehamilan, dukungan suami dan pengetahuan tentang asupan nutrisi terhadap panjang badan lahir
7. Untuk melahirkan modul yang menjadi pegangan kader kesehatan dalam mendampingi ibu hamil pendek untuk mencegah *neonatus stunting*.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

1. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan penjelasan dalam ilmu pemberdayaan masyarakat yaitu integrasi antara teori urutan pemberdayaan oleh Wilson (1996) dan teori perubahan perilaku oleh Albert Bandura (1997) yang merupakan faktor pencegahan *neonatus stunting*.
2. Upaya pemberdayaan masyarakat dan penggalian kearifan lokal dan modal sosial (kader kesehatan), memiliki potensi yang besar untuk dikembangkan dalam keilmuan pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku.
3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan baru bagi peneliti dalam area sosial masyarakat terutama dalam hal pemberdayaan ibu

hamil melalui pendampingan kader, dan memberikan pengetahuan terkait dengan kesehatan ibu dan anak terutama mengenai resiko yang dialami ibu hamil pendek dan efek terhadap *neonatus stunting*

1.5.2. Manfaat Praktis

1. Kebijakan melihat potensi sumber daya manusia yang ada di masyarakat yang dapat mendukung tindakan-tindakan promotif dan preventif untuk pencegahan stunting
2. Memaksimalkan peran dari kader dan tenaga kesehatan dalam pelaporan stunting di masa depan