

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pertumbuhan dan Perkembangan

1. Pengertian

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat, (Kemenkes RI,2016).Pertumbuhan (*growth*) menurut, (Soetjiningsih dan Ranuh, 2013) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkat sel, organ, maupun individu.Sebagai contoh, anak bertambah besar bukan saja secara fisik, melainkan juga ukuran dan struktur organ-organ tubuh dan otak.Otak anak semakin tumbuh terlihat dari kapasitasnya untuk belajar lebih besar, mengingat, dan mempergunakan akalinya semakin meningkat.Anak tumbuh baik secara fisik maupun mental.

Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak dasar, gerak halus, bicara an bahasa serta sosialisasi dan kemandirian,(Kemenkes RI,2016).Perkembangan berkaitan dengan bertambahnya struktur fungsi tubuh yang meliputi kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara, dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian.

2. Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan menurut (Samio, 2018) yaitu:

- a. Pengaruh Keluarga Pengaruh keluarga meliputi faktor keturunan maupun faktor lingkungan. Faktor keturunan fisik yang sama dengan salah satu anggota keluarga. Faktor lingkungan pergaulan, kesamaan tingkah laku dengan salah satu anggota keluarga
- b. Pengaruh Gizi Jumlah gizi yang diberikan, berpengaruh pada cepatnya pertumbuhan fisik anak.
- c. Gangguan Emosional Jika anak sering mengalami gangguan emosional, pertumbuhan awal remajanya akan terhambat.
- d. Jenis Kelamin Berbedanya bentuk tulang dan otot pada anak laki – laki dan perempuan, berpengaruh terhadap perbedaan berat dan tinggi.
- e. Status Sosial Ekonomi Kemampuan ekonomi keluarga dalam mencukupi kebutuhan primer anak, berpengaruh terhadap pertumbuhan fisik anak.
- f. Kesehatan Kurangnya perawatan kesehatan akan menyebabkan anak mudah terserang penyakit, anak yang jarang sakit biasanya akan memiliki tubuh yang lebih berat daripada anak yang sering sakit – sakitan.
- g. Pengaruh Bentuk Tubuh kekar, kurus, bertulang panjang, gemuk, berat Bentuk – bentuk tubuh diatas mempengaruhi besar kecilnya tubuh anak.

B. Bayi Berat Lahir Rendah

1. Pengertian BBLR

Bayi berat lahir rendah ialah bayi baru lahir yang berat badanya saat lahir kurang dari 2500 gram. Berat badan lahir rendah dibedakan menjadi :

- a. Bayi berat lahir rendah, berat lahir 1500 – 2500 gram
- b. Bayi berat lahir sangat rendah, berat lahir kurang dari 1500 gram
- c. Bayi berat lahir eksterem, berat lahir kurang dari 1000 gram, (Anik Maryunani, 2013).

2. Penyebab terjadinya persalinan premature atau BBLR menurut (Anik Maryunani, 2013) yaitu:

- a. Faktor ibu : Riwayat kelahiran premature sebelumnya, Gizi saat hamil kurang, Umur kurang dari 20 tahun atau diatas 35 tahun, Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat, Penyakit menahun ibu : hipertensi, jantung, gangguan pembuluh darah/perokok, Perdarahan antepartum, kelainan uterus, hidramnion, Faktor pekerja terlalu berat, Primigravida
- b. Factor kehamilan : hamil ganda, komplikasi hamil seperti preeklamsi, eklamsi, dan ketuban pecah dini
- c. Factor janin : cacat bawaan, infeksi dalam Rahim dan kehamilan ganda
- d. Factor kebiasaan : pekerjaan yang melelahkan, dan merokok

3. Dampak Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Kelahiran prematur berhubungan dengan terjadinya gangguan tumbuh kembang. Bayi yang terlahir prematur mempunyai fungsi tubuh yang masih belum baik, dari sistem peredaran darah, pernafasan dan kekebalan tubuh. Dampak lain yang terjadi pada bayi prematur adalah menurunnya kualitas hidup. Keterlambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan pada anak merupakan masalah yang sangat sering dijumpai di masyarakat namun untuk penanganan dari

pertumbuhan dan perkembangan tersebut masih sangat belum memadai. Tumbuh kembang pada anak yang terlahir prematur belum mengalami perubahan ke arah yang lebih baik. Dengan penelitian ini diharapkan orang tua dapat memantau tumbuh kembang anak dengan memberikan stimulasi secara dini agar anak mampu berkembang sesuai dengan perkembangan dimana anak di usia satu tahun sudah bisa berjalan, bersosialisasi, mengucapkan bahasa walaupun belum terlalu jelas, (Rina Mariyana, 2018).

C. Stunting Pada Balita

1. Pengertian Stunting

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Balita stunting termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita stunting dimasa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal, (Kemenkes, 2018).

Stunting adalah masalah kesehatan yang banyak ditemukan di negara berkembang, termasuk Indonesia, (UNICEF, 2017). Stunting atau pendek merupakan masalah kekurangan gizi kronis yang disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu yang cukup lama, sehingga mengakibatkan gangguan

pertumbuhan pada anak yakni tinggi badan anak lebih rendah atau pendek (kerdil) dari standar usianya, (Kemenkes RI, 2018).

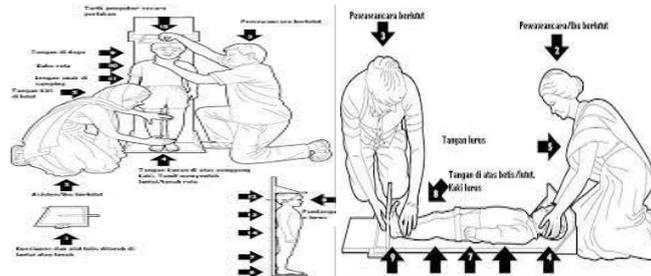
Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita dibawah lima tahun akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir akan tetapi, kondisi stunting baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun. Balita pendek (stunted) dan sangat pendek (severely stunted) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (multicentre growth reference study) 2006. Sedangkan definisi stunting menurut kementerian kesehatan (kemenkes) adalah anak balita dengan nilai z-scorenya kurang dari -2SD/standar deviasi (stunted) dan kurang dari -3SD(severely stunted), (Kemenkes, 2018).

Balita Pendek (*Stunting*) adalah status gizi yang didasarkan pada indeks PB/U atau TB/U dimana dalam standar antropometri penilaian status gizi anak, hasil pengukuran tersebut berada pada ambang batas (Z-Score) <-2 SD sampai dengan -3 SD (pendek/ *Stunting*) dan <-3 SD (sangat pendek / *severely stunting*), (Rochani, 2018). *Stunting* digunakan sebagai indikator malnutrisi kronik yang menggambarkan riwayat kurang gizi anak dalam jangka waktu lama sehingga kejadian ini menunjukkan bagaimana keadaan gizi sebelumnya, (Rochani, 2018).

Penentuan status gizi berdasarkan Berat Badan menurut Umur (BB/U), Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U atau PB/U), Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB ATAU BB/TB), dan Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Masing-masing indikator tersebut

memiliki pembagian kategori yang berbeda-beda, (Antropometri Kemenkes, 2011).

- a. BB/U: indeks ini diperoleh dari perbandingan antara berat badan dengan umur yang dapat digunakan untuk menilai kemungkinan anak dengan berat badan kurang atau sangat kurang.
- b. PB/U atau TB/U: indeks ini diperoleh dari perbandingan antara PB atau TB dengan umur yang dapat digunakan untuk menggambarkan keadaan kurang gizi kronis yaitu pendek.



Gambar 1
Pengukuran Tinggi Badan dan Panjang Badan
Sumber : PDF Manual Anthropometri (2016)

- c. BB/PB atau BB/TB: indeks ini diperoleh untuk merefleksikan BB dibandingkan dengan pertumbuhan menurut PB atau TB yang dapat digunakan untuk menilai kemungkinan anak dengan kategori kurus atau sangat kurus yang merupakan masalah gizi akut.



Gambar 2
Penimbangan Berat Badan Anak
Sumber : Buku KIA, Kemenkes RI (2016)

d. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Kategori status gizi dan ambang batas (Z-score) sebagai berikut:

Tabel 1 Kategori Status Gizi dan Z-score

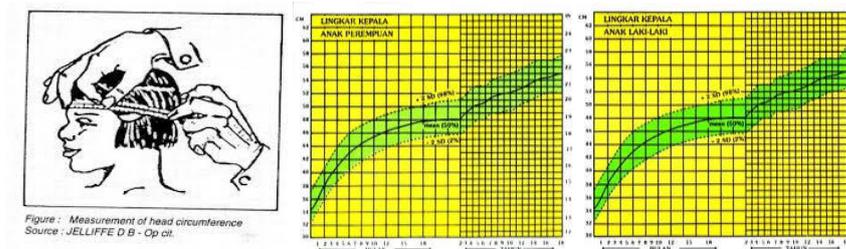
Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang (<i>severely underweight</i>) ¹⁾	<-3 SD
	Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	<-3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>) ²⁾	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 5 - 18 tahun	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>) ³⁾	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd +3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
	Gizi buruk (<i>severely thinness</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>thinness</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	+ 1 SD sd +2 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 2 SD
Keterangan:		
¹⁾ Anak yang termasuk pada kategori ini mungkin memiliki masalah pertumbuhan, perlu dikonfirmasi dengan BB/TB atau IMT/U		
²⁾ Anak pada kategori ini termasuk sangat tinggi dan biasanya tidak menjadi masalah kecuali kemungkinan adanya gangguan endokrin seperti tumor yang memproduksi hormon pertumbuhan. Rujuk ke dokter spesialis anak jika diduga mengalami gangguan endokrin (misalnya anak yang sangat tinggi menurut umurnya sedangkan tinggi orang tua normal).		
³⁾ Walaupun interpretasi IMT/U mencantumkan gizi buruk dan gizi kurang, kriteria diagnosis gizi buruk dan gizi kurang menurut pedoman Tatalaksana Anak Gizi Buruk menggunakan Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB).		

(Sumber : Kemenkes RI, 2020)

e. IMT/U: indikator yang diperoleh dengan membandingkan antar IMT dengan umur yang hasilnya cenderung menunjukkan hasil yang sama dengan indeks BB/TB atau BB/PB, (Jum Panata Pakpahan, 2021).

1) Penentuan status gizi anak

- a) Pengukuran berat badan terhadap tinggi (BB/TB) untuk menentukan status gizi anak anak usia dibawah 5 tahun, apakah normal, kurus, sangat kurus atau gemuk
- b) Pengukuran panjang badan terhadap umur atau tinggi badan terhadap umur (PB/U atau TB/U) untuk menentukan status gizi anak, apakah normal, pendek atau sangat pendek
- c) Pengukuran Indeks Masa Tubuh menurut umur (IMT/U) untuk menentukan status gizi anak usia 5-6 tahun apakah anak sangat kurus, kurus, normal, gemuk atau obesitas, (Kemenkes RI, 2016).



Gambar 3
Pengukuran Lingkar Kepala Anak
Sumber : Kemenkes RI (2012)

2) Pengukuran Lingkar Kepala Anak (LKA)

Tujuan untuk mengetahui lingkaran kepala anak dalam batas normal atau diluar batas normal. Jadwal pengukuran disesuaikan dengan umur anak. Umur 0-11 bulan, pengukuran dilakukan setiap tiga bulan. Pada anak yang lebih besar, umur 12-72 bulan, pengukuran dilakukan setiap enam bulan.

Pengukuran dan penilaian lingkaran kepala anak dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.

Cara mengukur lingkaran kepala :

- a) Alat pengukur dilingkar pada kepala anak melewati dahi, diatas alis mata, diatas kedua telinga, dan bagian belakang kepala Yang menonjol, tarik agak kencang
- b) Baca angka pada pertemuan dengan angka
- c) Tanyakan tanggal lahir bayi/anak, hitung umur bayi/anak
- d) Buat garis yang menghubungkan antara ukuran yang lalu dengan ukuran sekarang

2. Faktor Penyebab *Stunting*

Faktor-faktor penyebab *stunting* menurut (Nasikhah 2012) yaitu :

a. Keadaan Gizi Ibu Saat Ibu Hamil dan Melahirkan

Stunting disebabkan oleh faktor multidimensi, diantaranya praktik pengasuhan gizi yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan gizi sebelum dan pada masa kehamilan serta setelah ibu melahirkan. Karakteristik ibu atau keadaan ibu yang meliputi tinggi badan merupakan faktor genetika yang menyebabkan *stunting*. Keadaan ibu yang mempengaruhi kejadian *stunting* selain tinggi badan ibu adalah keadaan lingkaran lengan atas ibu saat hamil. Lingkaran lengan atas ibu yang terlalu kecil < 23,5 cm atau mengalami KEK selama masa kehamilan akan mengakibatkan terjadinya *stunting*.

Intervensi yang paling menentukan untuk dapat mengurangi prevalensi *stunting* perlu dilakukan pada 1.000 hari pertama kehidupan (HPK) dari anak balita. Peluang intervensi kunci yang terbukti efektif di antaranya adalah intervensi praktik-praktik pemberian makan anak dan pemenuhan gizi ibu.

b. Pemberian ASI

Beberapa fakta dan informasi yang ada menyebutkan bahwa hanya 22,8% dari anak usia 0-6 bulan yang menyusui eksklusif dan hanya 36,6% anak usia 7-23 bulan yang menerima makanan pendamping ASI (MPASI) yang sesuai dengan praktik-praktik yang direkomendasikan tentang pengaturan waktu, frekuensi, dan kualitas.

Penelitian yang dilakukan di Kota Banda Aceh menyatakan bahwa kejadian *stunting* disebabkan oleh rendahnya pendapatan keluarga, pemberian ASI yang tidak eksklusif, pemberian MP-ASI yang kurang baik, imunisasi yang tidak lengkap dengan faktor yang paling dominan pengaruhnya adalah pemberian ASI yang tidak eksklusif, (Al-Rahmat dkk, 2013). Hal serupa dinyatakan pula oleh Arifin pada tahun 2012 dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa kejadian *stunting* dipengaruhi oleh berat badan saat lahir, asupan gizi balita, pemberian ASI, riwayat penyakit infeksi, pengetahuan gizi ibu balita, pendapatan keluarga, jarak antar kelahiran namun faktor yang paling dominan adalah pemberian ASI, (Arifin dkk, 2013). Berarti dengan pemberian ASI eksklusif kepada bayi dapat menurunkan kemungkinan kejadian *stunting* pada balita, hal ini juga tertuang pada gerakan 1000 HPK yang dicanangkan oleh pemerintah Republik Indonesia.

c. Pemberian MP-ASI

MPASI diberikan atau mulai diperkenalkan ketika balita berusia di atas 6 bulan. Selain untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan system imunologis anak terhadap makanan dan minuman.

Oleh karena itu, masyarakat dan petugas kesehatan perlu memahami pentingnya ASI eksklusif dan praktik-praktik pemberian makan bayi dan anak yang tepat serta memberikan dukungan kepada para ibu.

Sedangkan menurut Kemenkes RI (2018) penyebab dari *stunting* dapat dilihat dari beberapa faktor yaitu :

1) Situasi Ibu dan Calon Ibu

Kondisi kesehatan dan gizi ibu sebelum dan saat kehamilan serta setelah persalinan mempengaruhi pertumbuhan janin dan risiko terjadinya *stunting*. Faktor lainnya pada ibu yang mempengaruhi adalah postur tubuh ibu (pendek), jarak kehamilan yang terlalu dekat, ibu yang masih remaja, serta asupan nutrisi yang kurang pada saat kehamilan.

Kekurangan energi kronik disebabkan oleh asupan energi dan protein yang tidak mencukupi. Kecukupan konsumsi energi ibu hamil dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Energi (AKE) yang dikategorikan menjadi:

- a) Defisit jika kurang dari 70% AKE.
- b) Defisit ringan antara 70 – 79% AKE.
- c) Cukup antara 80 – 119% AKE.

d) Lebih jika 120% AKE atau lebih.

Kecukupan konsumsi protein ibu hamil dihitung dengan membandingkan dengan Angka Kecukupan Protein (AKP) yang dikategorikan menjadi:

a) Defisit jika kurang dari 80% AKP

b) Defisit ringan antara 80-99% AKKukup jika 100% AKP atau lebih

Berdasarkan PSG tahun 2016, 53,9% ibu hamil mengalami defisit energi dan 13,1% mengalami defisit ringan. Untuk kecukupan protein, 51,9% ibu hamil mengalami defisit protein dan 18,8% mengalami defisit ringan. Hal ini menunjukkan bahwa separuh ibu hamil di Indonesia masih belum terpenuhi kebutuhan energi dan protein.

2) Situasi Bayi Dan Balita

Nutrisi yang diperoleh sejak bayi lahir tentunya sangat berpengaruh terhadap pertumbuhannya termasuk risiko terjadinya stunting. Tidak terlaksananya inisiasi menyusui dini (IMD), gagalnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, dan proses penyapihan dini dapat menjadi salah satu faktor terjadinya stunting. Sedangkan dari sisi pemberian makanan pendamping ASI (MP ASI) hal yang perlu diperhatikan adalah kuantitas, kualitas, dan keamanan pangan yang diberikan.

Asupan zat gizi pada balita sangat penting dalam mendukung pertumbuhan sesuai dengan grafik pertumbuhannya agar tidak terjadi gagal tumbuh (*growth faltering*) yang dapat menyebabkan stunting. Pada tahun 2017, 43,2% balita di Indonesia mengalami defisit energi dan 28,5% mengalami defisit

ringan. Untuk kecukupan protein, 31,9% balita mengalami defisit protein dan 14,5% mengalami defisit ringan.

Untuk memenuhi kecukupan gizi pada balita, telah ditetapkan program pemberian makanan tambahan (PMT) khususnya untuk balita kurus berupa PMT lokal maupun PMT pabrikan yaitu biskuit MT balita. Jika berat badan telah sesuai dengan perhitungan berat badan menurut tinggi badan, maka MT balita kurus dapat dihentikan dan dilanjutkan dengan makanan keluarga gizi seimbang.

3) Situasi Sosial Ekonomi dan Lingkungan

Kondisi sosial ekonomi dan sanitasi tempat tinggal juga berkaitan dengan terjadinya stunting. Kondisi ekonomi erat kaitannya dengan kemampuan dalam memenuhi asupan yang bergizi dan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan balita. Sedangkan sanitasi dan keamanan pangan dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit infeksi.

Penyakit infeksi yang disebabkan oleh higiene dan sanitasi yang buruk (misalnya diare dan kecacingan) dapat mengganggu penyerapan nutrisi pada proses pencernaan. Beberapa penyakit infeksi yang diderita bayi dapat menyebabkan berat badan bayi turun. Jika kondisi ini terjadi dalam waktu yang cukup lama dan tidak disertai dengan pemberian asupan yang cukup untuk proses penyembuhan maka dapat mengakibatkan stunting, (Kemenkes RI, 2018).

3. Upaya Pencegahan *Stunting*

Stunting merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk pada tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta

mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka stunting hingga 40% pada tahun 2025.

Untuk mewujudkan hal tersebut, pemerintah menetapkan stunting sebagai salah satu program prioritas. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi stunting di antaranya sebagai berikut:

a. Ibu Hamil dan Bersalin

- 1) Intervensi pada 1.000 hari pertama kehidupan;
- 2) Mengupayakan jaminan mutu *ante natal care* (ANC) terpadu;
- 3) Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan;
- 4) Menyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan mikronutrien (TKPM);
- 5) Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular);
- 6) Pemberantasan kecacingan;
- 7) Meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam Buku KIA;
- 8) Menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif; dan
- 9) Penyuluhan dan pelayanan KB.

b. Balita

- a) Pemantauan pertumbuhan balita;
- b) Menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita;

- c) Menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak; dan
 - d) Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.
- c. Anak Usia Sekolah
- a) Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS);
 - b) Memperkuat kelembagaan Tim Pembina UKS;
 - c) Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS); dan
 - d) Memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba.
- d. Remaja
- a) Meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba
 - b) Pendidikan kesehatan reproduksi.
- e. Dewasa Muda
- a) Penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB);
 - b) Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular)
 - c) Meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba, (Kemenkes, 2018).

4. Tanda atau Gejala *Stunting*

Tanda utama stunting adalah tubuh pendek dibawah rata rata. Beberapa gejala dan tanda lain yang terjadi jika anak mengalami gangguan pertumbuhan :

- a. Tanda pubertas terlambat
- b. Performa buruk pada tes perhatian dan memori belajar
- c. Pertumbuhan gigi terlambat

- d. Usia 8-10 tahun anak menjadi lebih pendiem , tidak banyak melakukan kontak mata
- e. Pertumbuhan terlambat
- f. Wajah tampak lebih muda dari usianya, (Kementerian Desa, 2017).

5. Dampak Terjadinya *Stunting*

Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh stunting dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang, (Kemenkes, 2018) :

- a. Dampak jangka pendek
 - 1) Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian
 - 2) Perkembangan kognitif, motorik, herbal pada anak tiak optimal
 - 3) Peningkatan biaya kesehatan
- b. Dampak jangka panjang
 - 1) Postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya)
 - 2) Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya
 - 3) Menuunya kesehatan reproduksi
 - 4) Kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah
 - 5) Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal

6. Proses Terjadinya *Stunting*

Stunting terjadi mulai dari pra-konsepsi ketika seorang remaja menjadi ibu yang kurang gizi dan anemia. Menjadi parah ketika hamil dengan asupan gizi yang tidak mencukupi kebutuhan, ditambah lagi ketika ibu hidup di lingkungan dengan

sanitasi kurang memadai. Remaja putri di Indonesia usia 15-19 tahun, (Kemenkes, 2018).

Hasil dari Survei Nasional Konsumsi Makanan Individu (SKMI) tahun 2014 menunjukkan sebagian besar ibu hamil (kota dan desa) maupun menurut sosial ekonomi (kuintil 1-5) bermasalah untuk asupan makanan, baik energi dan protein. Kondisi-kondisi di atas disertai dengan ibu hamil yang pada umumnya juga pendek (< 150 cm) yang proporsinya 31,3%, berdampak pada bayi yang dilahirkan mengalami kurang gizi, dengan berat badan lahir rendah < 2.500 gram dan juga panjang badan yang kurang dari 48 cm. Jika digabung anak yang lahir dengan berat badan < 2.500 gram dan panjang badan < 48 cm, untuk Indonesia ada sekitar 4,3%, bervariasi dari 0,8% di Maluku dan 7,6% di Papua, (Kemenkes, 2018).

Setelah bayi lahir dengan kondisi tersebut, dilanjutkan dengan kondisi rendahnya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yang memicu rendahnya menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan, dan tidak memadainya pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI), (Kemenkes, 2018).

7. Penatalaksanaan Stunting

Penatalaksanaan stunting terbagi dalam 2 macam yaitu :

a. Intervensi Gizi Spesifik

Intervensi yang ditujukan kepada rumah tangga 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Intervensi spesifik bersifat jangka pendek, hasilnya dapat dicatat dalam waktu relatif pendek. Intervensi ini meliputi :

- 1) Ibu Hamil
 - a) Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dan kelompok miskin seperti suplementasi kalsium
 - b) Suplementasi tablet tambah darah
- 2) Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan
 - a) Suplementasi kapsul vitamin A
 - b) Suplementasi taburia imunisasi
 - c) Suplementasi zinc untuk pengobatan diare
 - d) Manajemen terpadu balita sakit (MTBS)
- 3) Remaja dan wanita usia subur

Suplementasi tablet tambah darah(Jum Panata Pakpahan, 2021)

b. Intervensi Gizi Sensitif

- 1) Intervensi yang ditunjukkan melalui berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan
- 2) Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk sasaran 1.000 Hari Pertama Kehidupan intervensi gizi sensitif idealnya dilakukan melalui berbagai pembangunan diluar sektor kesehatan dan berkontribusi pada 70%. Sasaran dari intervensi gizi sensitif adalah masyarakat secara umum dan tidak khusus ibu hamil dan balita pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).
 - a) Menyediakan dan memastikan akses pada air bersih
 - b) Menyediakan dan memastikan akses pada sanitasi
 - c) Melakukan fortifikasi bahan pangan
 - d) Menyediakan akses kepada layanan kesehatan berencana (KB)

- e) Menyediakan jaminan kesehatan nasional (JKN)
- f) Menyediakan jaminan persalinan universal (Jampersal)
- g) Memberikan pendidikan pengasuhan kepada orang tua
- h) Memberikan pendidikan anak usia dini universal
- i) Memberikan pendidikan gizi masyarakat

D. Manajemen Kebidanan Menurut Varney

Tujuh langkah manajemen kebidanan menurut helen varney (Jayanti, 2020). Adalah sebagai berikut :

1. Langkah-langkah manajemen kebidanan menurut Helen varney

- Langkah I : mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan
- Langkah II : menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosis/masalah
- Langkah III : mengidentifikasi diagnosis/masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya
- Langkah IV : menetapkan kebutuhan akan tindakan segera, konsultasi, kolaborasi, dengan tenaga kesehatan lain,serta rujukan berdasarkan kondisi klien
- Langkah V : menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya
- Langkah VI : melaksanakan langsung asuhan secara efisien dan aman

Langkah VII : mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif.

Melihat kembali penjelasan diatas maka proses manajemen kebidanan merupakan pola pikir bidan dalam melaksanakan asuhan kepada klien. Diharapkan dengan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional, serta seluruh aktivitas atau tindakan yang diberikan oleh bidan pada klien akan efektif, serta terhindar dari seluruh aktivitas atau tindakan yang bersifat coba-coba yang akan berdampak kurang baik untuk klien. Setiap langkah dalam manajemen kebidanan akan dijabarkan, sebagai berikut :

a. Tahap pengumpulan data dasar (langkah 1)

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi (data) yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara :

1) Anamnesis

Anamnesis dilakukan untuk mendapatkan biodata riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, bio-psiko-sosio-spiritual, serta pengetahuan klien.

2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi:

a) Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi)

b) Pemeriksaan penunjang (laboratorium dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya)

Dalam manajemen kolaborasi, bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter, bidan akan melakukan upaya konsultasi. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan benar tidaknya proses interpretasi pada tahap selanjutnya. Oleh karena itu, pendekatan ini harus komprehensif, mencakup data subjektif, data objektif, dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi klien yang sebenarnya valid. Kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap, dan akurat

b. Interpretasi data dasar (langkah II)

Pada langkah kedua dilakukan identitas terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan, data dasar tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis maupun masalah, keduanya harus ditangani. Meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnosis, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sering dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis.

Diagnosis kebidanan merupakan diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan.

c. Identitas diagnosa/masalah potensial dan antisipasi penaganannya (langkah III)

Pada langkah ketiga kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi kenyataan. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis tersebut tidak terjadi. Langkah ini bersifat antisipasi yang rasional/ logis. Kaji ulang apakah diagnosis atau masalah potensial yang diidentifikasi sudah tepat.

d. Menetapkan perlunya konsultasi dan kolaborasi segera dengan tenaga kesehatan lain (langkah IV)

Bidan mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter melakukan konsultasi atau penanganan segera bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen tidak hanya berlangsung selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut dalam persalinan.

Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja social, ahli gizi, atau seorang ahli perawat klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini, bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi kolaborasi dilakukan.

Penjelasan diatas menunjukkan bahwa dalam melakukan suatu tindakan harus disesuaikan dengan prioritas masalah/kondisi keseluruhan yang dihadapi klien. Setelah bidan merumuskan hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosis/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan yang harus merumuskan tindakan *emergency* darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini mencakup tindakan segera yang biasa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan.

e. Menyusun rencana asuhan menyeluruh (Langkah V)

Pada langkah kelima direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen untuk masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait sosial, ekonomi, kultural atau psikologi. Dengan kata

lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan dan sudah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan secara efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melakukannya.

Semua keputusan yang telah disepakati dikembangkan dalam asuhan menyeluruh. Asuhan ini harus bersifat rasional dan valid yang didasarkan pada pengetahuan, teori terkini (*up to date*), sesuai dengan asumsi tentang apa yang dilakukan klien.

f. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman (Langkah VI)

Pada langkah ke enam, rencana asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, namun ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya dengan memastikan bahwa langkah tersebut benar-benar terlaksana).

Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut. Penatalaksanaan yang efisien dan berkualitas akan berpengaruh pada waktu serta biaya serta

meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

g. Evaluasi (langkah VII)

Evaluasi dilakukan secara siklus dengan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui faktor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan

Pada langkah terakhir, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan : apakah benar-benar telah terpenuhi sebagaimana diidentifikasi di dalam diagnosis dan masalah.

Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedang sebagian lagi belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan merupakan suatu kegiatan yang bersinambungan, maka bidan perlu mengulangi kembali setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa rencana asuhan tidak berjalan efektif serta pada rencana asuhan tersebut.

Demikianlah langkah-langkah alur berfikir dalam penatalaksanaan klien kebidanan. Alur ini merupakan suatu proses yang berkesinambungan dan tidak terpisah satu sama lain, namun berfungsi memudahkan proses pembelajaran. Proses tersebut diuraikan dan dipilah seolah-olah terpisah antara satu tahap/langkah dengan langkah berikutnya.

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan penkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja, (Jayanti, 2020).

2. Data Fokus SOAP

Menurut Handayani, 2017 Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumentasi yang lain seperti yang telah dijelaskan diatas. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAP.

a. Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X".Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderit tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. Analisis

Langkah selanjutnya adalah analisis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya.