

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Usia

2.1.1 Pengertian USIA

- a. Usia adalah Rentang kehidupan yang di ukur dengan tahun, dikatakan masa awal dewasa adalah usia 18-40 tahun, dewasa madya adalah 41-60 tahun, dewasa lanjut > 60 tahun (Ilfa, 2010).
- b. Usia adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan (Kocyigit et al., 2016).

2.1.2 Usia Reproduksi

Berdasarkan usia subur atau masa reproduksi wanita, Siswosudarmo, dkk membagi usia wanita dalam tiga periode, yaitu :

1. Usia < 20 Tahun (Usia Reproduksi Muda)

Pada periode ini wanita dianjurkan untuk menunda kehamilan sampai sekurang-kurangnya berusia 20 tahun karena pada periode ini wanita belum mempunyai kemampuan mental dan sosial yang cukup untuk mengurus anak. kehamilan di bawah usia 20 tahun dapat dikatakan berisiko karena berdasarkan anatomi tubuh, perkembangan panggul perempuan pada usia tersebut belum sempurna sehingga dapat menyebabkan kesulitan saat melahirkan. Tak hanya secara fisik, hamil di bawah usia 20 tahun juga dapat memengaruhi psikologis wanita yang menjalaninya. Perempuan yang hamil di bawah usia 20 tahun sering kali menerima stigma negatif dari teman sebaya atau lingkungan di sekitarnya, terlebih jika kehamilan tersebut tidak direncanakan. (Herowati & Sugiharto, 2019)

Masalah ekonomi juga kerap menjadi kendala perempuan yang hamil di usia yang sangat muda karena umumnya belum mapan dan tidak memiliki pendidikan atau kemampuan yang memungkinkan mereka untuk mendapatkan pekerjaan. Selain risiko sosial dan ekonomi, hamil di

bawah usia 20 tahun juga dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi. Berikut ini adalah beberapa komplikasi yang mungkin terjadi

1) Depresi

Beberapa studi menunjukkan bahwa wanita yang hamil di bawah usia 20 tahun lebih berisiko mengalami stres atau depresi pascamelahirkan dibandingkan dengan wanita yang hamil di usia lebih dari 25 tahun.

Selain itu, hamil di usia terlalu muda atau masih remaja juga dapat meningkatkan risiko stres, baby blues, hingga keinginan untuk bunuh diri. Hal ini mungkin saja disebabkan oleh beban dan tuntutan yang harus dihadapi karena belum siap merawat dan mengasuh bayinya.

2) Kurangnya perawatan prenatal

Hamil di bawah usia 20 tahun bisa membuat perempuan tidak mendapatkan perawatan prenatal yang tepat, terutama jika tidak mendapat dukungan dari orang tua atau pasangannya. Perawatan prenatal atau pemeriksaan kandungan secara rutin sangat penting, terutama pada bulan pertama kehamilan, agar kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin di dalam kandungan dapat terpantau selama masa kehamilan.

3) Tekanan darah tinggi

Berbagai studi menunjukkan bahwa ibu hamil berusia di bawah 20 tahun lebih banyak yang mengalami hipertensi saat hamil dan preeklamsia, jika dibandingkan dengan wanita hamil berusia 20-an atau 30-an tahun. Jika tidak terdeteksi sejak dini dan ditangani dengan baik, kondisi ini dapat membahayakan kondisi kesehatan ibu hamil dan janin.

4) Anemia

Hamil di usia remaja juga dapat meningkatkan risiko anemia. Kondisi ini dapat membuat ibu hamil merasa lemah dan lelah hingga dapat memengaruhi tumbuh kembang janin. Kondisi ini juga dapat meningkatkan risiko ibu hamil yang terlalu muda untuk mengalami perdarahan pascapersalinan. Dampak Kehamilan Ibu di Bawah Usia

20Tahun pada Janin Tak hanya memengaruhi ibu hamil, komplikasi atau risiko hamil di bawah usia 20 tahun juga bisa dialami oleh janin, di antaranya:

a. Lahir prematur

Ibu yang hamil di bawah usia 20 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami kelahiran prematur. Semakin awal bayi dilahirkan, semakin besar pula risiko terjadinya gangguan tumbuh kembang, cacat bawaan lahir, hingga gangguan fungsi pernapasan dan pencernaan pada bayi. Pada kasus tertentu, hamil di bawah usia 20 tahun juga dapat meningkatkan risiko terjadinya keguguran atau kematian janin.

b. Berat badan lahir rendah

Bayi prematur cenderung memiliki berat badan yang lebih rendah dari bayi yang lahir cukup bulan. Kondisi ini membuat bayi rentan mengalami hal-hal berikut:

- Kesulitan bernapas dan menyusu hingga memerlukan ventilator dan menjalani perawatan di ruang NICU rumah sakit
- Kesulitan belajar serta lebih rentan terhadap penyakit diabetes dan penyakit jantung saat dewasa nanti
- Kematian sewaktu masih dalam kandungan

Sebagai bentuk pencegahan dari berbagai risiko yang harus dihadapi oleh perempuan yang hamil di bawah usia 20 tahun, pemerintah Republik Indonesia mengubah batas minimal usia menikah bagi perempuan dari 16 tahun menjadi 19 tahun. Memang tak semua kehamilan di usia muda akan menimbulkan berbagai dampak di atas. Sebagian ibu yang hamil di usia muda tetap bisa melahirkan bayi dalam keadaan sehat. Akan tetapi, secara umum, lebih banyak ibu hamil di usia muda yang mengalami berbagai masalah kesehatan atau komplikasi terkait kehamilan atau persalinan.

2. Usia 20-35 Tahun (Usia Reproduksi Sehat)

Periode ini merupakan usia ideal untuk hamil dan melahirkan, namun pada periode ini diharapkan wanita dapat menjarangkan kehamilan dengan jarak dua kehamilan antara empat sampai lima tahun. (Herowati & Sugiharto, 2019)

Para ilmuwan dari Royal College of Obstetricians dan Gynecologists, dilansir Genius Beautymengingatkan bahwa usia terbaik untuk kehamilan adalah 20 hingga 35 tahun. Usia ini adalah masa yang paling optimal bagi seorang wanita untuk menjalani periode kehamilan dan persalinan, baik secara psikologis maupun fisik. Saat seorang wanita berada di usia 20-35, dari segi biologis, penelitian menunjukkan bahwa tingkat kesuburan sedang sangat tinggi dan kualitas sel telur yang dihasilkan pun baik. Inilah sebabnya, usia 20-35 dikatakan ideal untuk hamil.

Selain itu, hamil di usia 20-35 juga berisiko lebih rendah terkena gangguan-gangguan kehamilan, seperti:

- Keguguran
- Gangguan pada organ reproduksi, seperti fibroid uteri
- Komplikasi kehamilan, seperti diabetes gestasional dan preeklamsia
- Melahirkan secara prematur atau memiliki bayi dengan berat badan rendah

3. Usia > 35 Tahun (Usia Reproduksi Tua)

Kehamilan dan persalinan pada periode usia ini tidak hanya berisiko tinggi terhadap anak tetapi juga ibunya. Morbiditas dan mortalitas ibu dan anak meningkat (Herowati & Sugiharto, 2019).

Hamil usia tua, yaitu saat berusia di atas 35 tahun, memang lebih berisiko, baik bagi ibu hamil sendiri maupun janinnya. Hamil di usia 35 tahun, baik untuk kehamilan pertama maupun kehamilan selanjutnya, tergolong kehamilan di usia tua. Wanita yang hamil di usia tersebut umumnya lebih berisiko mengalami gangguan kesehatan selama mengandung. Risiko ini juga bisa terjadi pada janin. Selain itu

hamil di usia ini cenderung tidak memiliki semangat dalam merawat kehamilannya (Sani et al., 2020). Kehamilan pada ibu usia di atas 35 tahun endometrium yang kurang subur serta memperbesar kemungkinan untuk menderita kelainan kongenital, sehingga dapat berakibat terhadap kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin dan berisiko untuk mengalami kelahiran prematur (Fathiyati et al., 2020). Beberapa Risiko Hamil Usia Tua

- a. Usia yang ideal bagi wanita untuk hamil adalah sekitar usia 20 tahun hingga awal 30 tahun. Saat memasuki usia 35 tahun, tingkat kesuburan wanita umumnya menurun, sehingga memengaruhi jumlah dan kualitas sel telur yang diproduksi.
- b. Perubahan hormon juga bisa berdampak pada masa subur atau ovulasi dan peningkatan risiko terjadinya penyakit tertentu, seperti endometriosis, yang dapat memengaruhi kesuburan.

Tak hanya itu, ada beberapa risiko yang dapat dialami oleh wanita yang hamil di usia tua, antara lain:

- a. Kelainan genetik pada bayi

Berbagai riset menunjukkan bahwa ibu hamil yang berusia 35 tahun atau lebih berisiko melahirkan bayi dengan kondisi cacat bawaan lahir atau kelainan genetik, seperti sindrom Down, penyakit jantung bawaan, polidaktili, dan bibir sumbing.

- b. Risiko keguguran

Wanita yang hamil di usia 35 tahun atau lebih tua juga diketahui lebih rentan mengalami keguguran. Beberapa riset menunjukkan bahwa wanita yang hamil usia tua lebih berisiko mengalami keguguran hingga 20–35%, jika dibandingkan dengan wanita yang hamil di usia lebih muda. Kondisi ini bisa disebabkan oleh berbagai hal, mulai dari kelainan genetik pada janin, kondisi kesehatan ibu yang kurang baik, atau riwayat keguguran sebelumnya.

- c. Risiko melahirkan bayi prematur

Wanita yang hamil di usia tua lebih berisiko melahirkan bayi prematur atau lahir dengan berat badan rendah. Hal ini bisa

menyebabkan bayi mengalami berbagai masalah kesehatan, mulai dari gangguan pernapasan, daya tahan tubuh lemah, hingga terhambatnya tumbuh kembang.

d. Komplikasi kehamilan

Wanita yang menjalani kehamilan di usia 35–40 tahun rentan mengalami berbagai komplikasi kehamilan, seperti diabetes gestasional dan preeklamsia. Risiko ini akan semakin meningkat bila pernah mengalami kondisi serupa pada kehamilan sebelumnya.

e. Proses melahirkan dengan operasi caesar

Wanita yang berusia lebih tua saat hamil juga lebih rentan mengalami gangguan selama persalinan, sehingga diperlukan operasi caesar. Selain itu, riwayat operasi caesar sebelumnya juga bisa membuat wanita yang hamil di usia tua perlu melahirkan dengan metode yang sama.

2.2 Hormon Reproduksi Wanita

A. Gonadotropin releasing hormone (GnRh)

GnRh merupakan Hormon Yang Diproduksi oleh hipotalamus di otak. Fungsi GnRh adalah menstimulasi hipofisis anterior untuk memproduksi dan melepaskan hormone gonadotropin yaitu Folicle Stimulating Hormon (FSH), Lutheinsing Hormone (LH) dan HCG.

B. Follicle stimulating Hormon (FSH)

Merupakan hormone Gonadotropin yang di produksi pada sel- sel basal hipofisis anterior sebagai respon terhadap GnRh yang berfungsi dalam pertumbuhan dan pematangan folikel granulosa di ovarium Wanita. FSH terikat dengan reseptor spesifik pada membrane plasma sel targetnya yaitu sel folikel di ovarium dan sel Sertoli di testis.

Kenaikan atau penurunan kadar FSH merupakan indikasi kegagalan gonad akibat disfungsi hipofisis. Oleh karena itu gangguan ketidak suburan dapat dipastikan melalui pengujian kadar FSH. Nilai normal untuk kadar FSH dalam serum menurut WHO

C. Lutheinizin hormone (LH)

Hormone ini di produksi di sel-sel kromofob hipofisis anterior. Hormon ini bersama FSH berfungsi memicu perkembangan folikel dan menyebabkan ovulasi di pertengahan siklus. Selama fase luteal, LH berfungsi mempertahankan korpus luteum pasca ovulasi. LH terikat pada reseptor membran plasma yang spesifik dan menstimulasi progesterone olehsel korpus luteum.

Pemeriksaan guna evaluasi infertilitas pada Wanita dilakukan dengan mengukur kadar LH dalam serum. Kadar LH yang tinggi dalam serum berkaitan dengan disfungsi gonad. Sedangkan kadar yang rendah mengidentifikasi kegagalan hipofisis atau hipotalamus. Kadar normal hormone LH dalam serum menurut WHO :

- Hari ke 0-13 (fase folikuler) : 3-13 mIU/ml
- Hari ke 14 (ovulasi) : 30-40 mIU/ml
- Hari ke 15-28 (fase luteal) : 5-15 mIU/ml

D. Estrogen

Estrogen sudah terdapat di tubuh wanita sebelum hamil. Namun kadarnya akan meningkat secara signifikan sejak terjadi kehamilan. Kenaikan kadar hormon ini memicu munculnya rasa mual, terutama pada trimester pertama kehamilan. Pada trimester kedua, hormon ini turut andil dalam pembesaran saluran susu di payudara.

Fungsi dan efek dari hormon estrogen selama kehamilan meliputi:

1. Membentuk pembuluh darah baru untuk menyalurkan nutrisi ke janin.
2. Membantu dalam pemberian nutrisi yang dibutuhkan janin untuk berkembang
3. Mendukung perkembangan janin.
4. Meningkatkan aliran darah dalam tubuh, termasuk aliran darah ke kulit, sehingga menimbulkan kesan glowing pada beberapa ibu hamil.

E. Progesteron

Hormon progesteron juga sudah ada dari sebelum hamil, namun kadarnya akan mengalami peningkatan saat Anda hamil. Meningkatnya kadar hormon ini selama kehamilan memicu munculnya rambut-rambut halus pada bagian payudara atau perut, pusing, mual, hingga sembelit yang sering kali muncul sebagai gejala awal kehamilan. Meski dapat membawa efek yang tidak menyenangkan, progesteron berperan dalam:

- Menjaga otot rahim tetap rileks selama kehamilan berlangsung.
- Menjaga ketebalan dinding rahim selama janin berkembang.
- Menjaga sistem kekebalan tubuh terhadap kehadiran janin di tubuh.
- Menyiapkan payudara untuk memproduksi ASI.

F. Human Chorionic Gonadotrophin (HCG)

Human chorionic Gonadotrophin (HCG) merupakan glikoprotein yang di sintesis di sel sinsitiotrofoblas plasenta. Kadar hcg meningkat dalam darah dan urin segera setelah implantasi ovum yang sudah dibuahi. Human chorionic gonadotropin hormone merupakan hormon kehamilan yang diproduksi di plasenta. Hormon inilah yang sering dijadikan acuan positifnya kehamilan pada test pack yang dijual di pasaran. Hormon hCG berfungsi untuk menjaga kehamilan dan perkembangan janin.

G. Prolaktin

Prolaktin di produksi di Hipofisis anterior. Fungsi prolactin adalah memicu produksi dan sekresi air susu oleh kelenjar payudara. Di ovarium prolactin ikut mempengaruhi pematangan sel telur dan mempengaruhi pematangan sel telur dan mempengaruhi fungsi korpus luteum. Pada masa kehamilan prolactin diproduksi di plasenta. Prolaktin memiliki efek inhibisi terhadap GnRh hipotalamus, sehingga jika kadar berlebihan dapat terjadi gangguan pematangan folikel, gangguan ovulasi dan gangguan menstruasi berupa amenorrea (Manuaba, 2016)

2.3 Pengertian Stunting

2.3.1 Pengertian Stunting

Stunting adalah kondisi tinggi badan seseorang lebih pendek dibanding tinggi badan orang lain pada umumnya (yang seusia). Stunted (short stature) atau tinggi/panjang badan terhadap umur yang rendah digunakan sebagai indikator malnutrisi kronik yang menggambarkan riwayat kurang gizi balita dalam jangka waktu lama (Soedargo, 2010). Stunting pada balita atau rendahnya tinggi/panjang badan menurut umur merupakan indikator kronis malnutrisi (Dekker et al., 2010). Menurut CDC (2000) short stature ditetapkan apabila panjang/tinggi badan menurut umur sesuai dengan jenis kelamin balita (Soedargo, 2010).

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi dapat terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia 2 tahun, di mana keadaan gizi ibu dan anak merupakan faktor penting dari pertumbuhan anak. Periode 0-24 bulan usia anak merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan sehingga disebut dengan periode emas. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi masa ini bersifat permanen, tidak dapat dikoreksi. Diperlukan pemenuhan gizi adekuat usia ini. Mengingat dampak yang ditimbulkan masalah gizi ini dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Jangka panjang akibat dapat menurunkan kemampuan kognitif dan prestasi belajar, dan menurunkan kekebalan tubuh (Branca and Ferrari, 2002; Black et al., 2008). Pertumbuhan dapat dilihat dengan beberapa indikator status gizi. Secara umum terdapat 3 indikator yang bisa digunakan untuk mengukur pertumbuhan bayi dan anak, yaitu indikator berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Stunting merupakan salah satu masalah gizi yang diakibatkan oleh kekurangan zat gizi secara kronis. Hal ini ditunjukkan dengan indikator TB/U dengan nilai skor-Z (Z- score) di bawah minus 2.

2.3.2 Penilaian *Stunting* Secara Antropometri

Panjang badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, panjang badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan panjang badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap panjang badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Pengukuran tinggi badan harus disertai pencatatan usia (TB/U). Tinggi badan diukur dengan menggunakan alat ukur tinggi stadiometer Holtain/mikrotoice (bagi yang bisa berdiri) atau baby length board (bagi balita yang belum bisa berdiri). Stadiometer holtain/mikrotoice terpasang di dinding dengan petunjuk kepala yang dapat digerakkan dalam posisi horizontal. Alat tersebut juga memiliki jarum petunjuk tinggi dan ada papan tempat kaki. Alat tersebut cukup mahal, sehingga dapat diganti dengan meter stick yang digantung di dinding dengan petunjuk kepala yang dapat digerakkan secara horizontal. Stick pada petunjuk kepala disertai dengan skala dalam cm (Soetjiningsih & Suandi, 2010). Kategori dan ambang batas status *stunting* balita berdasarkan PB/U, dapat dilihat pada Tabel 2.1 berikut.

Tabel 2.1 Baku rujukan Antropometri menurut WHO 2007

Indikator	Status gizi	Keterangan
Panjang Badan menurut Umur (TB/U)	Sangat pendek (stunted)	< -3,0 SD
	Pendek (stunted)	≥ -3 SD s.d < -2 SD
	Normal	≥ -2 SD

Sumber: Baku Rujukan WHO 2007

Gangguan pertumbuhan dapat terjadi dalam kurun waktu singkat dan dapat terjadi pula dalam waktu yang cukup lama. Gangguan pertumbuhan dalam waktu singkat sering terjadi pada perubahan berat badan sebagai akibat menurunnya napsu makan seperti diare dan infeksi saluran pernapasan atau karena kurang cukupnya makanan yang dikonsumsi. Sedangkan gangguan pertumbuhan yang berlangsung dalam waktu yang lama dapat terlihat pada hambatan penambahan tinggi badan. Keadaan gizi yang seimbang tidak hanya penting bagi pertumbuhan yang normal, tetapi

juga proses-proses lainnya. Termasuk diantaranya adalah proses perkembangan anak, kecerdasan, pemeliharaan kesehatan dan untuk melakukan kegiatan sehari-hari (Waibale et al., 1999; Fillol et al., 2009). Gagal tumbuh (Growth Faltering) merupakan suatu kejadian yang ditemui pada hampir setiap anak di Indonesia. Gagal tumbuh pada dasarnya merupakan ketidakmampuan anak untuk mencapai berat badan atau tinggi badan sesuai dengan jalur pertumbuhan normal. Kegagalan pertumbuhan yang nyata biasanya mulai terlihat pada usia 4 bulan yang berlanjut sampai anak usia 2 tahun, dengan puncaknya pada usia 12 bulan

2.3.3 Faktor-Faktor Penyebab Kejadian Stunting pada Balita

Stunting merefleksikan gangguan pertumbuhan sebagai dampak dari rendahnya status gizi dan kesehatan pada periode pre- dan post-natal. UNICEF framework menjelaskan tentang faktor penyebab terjadinya malnutrisi. Dua penyebab langsung stunting adalah faktor penyakit dan asupan zat gizi. Kedua faktor ini berhubungan dengan faktor pola asuh, akses terhadap makanan, akses terhadap layanan kesehatan dan sanitasi lingkungan. Namun, penyebab dasar dari semua ini adalah terdapat pada level individu dan rumah tangga tersebut, seperti tingkat pendidikan, pendapatan rumah- tangga. Banyak penelitian cross-sectional menemukan hubungan yang erat antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi anak (Bloem et al., 2013).

Menurut WHO (2013) membagi penyebab terjadinya stunting pada anak menjadi 4 kategori besar yaitu faktor keluarga dan rumah tangga, makanan tambahan/komplementer yang tidak adekuat, menyusui, dan infeksi.

a. Faktor keluarga dan rumah tangga

Faktor keluarga dan rumah tangga dibagi lagi menjadi faktor maternal dan faktor lingkungan rumah.. Faktor lingkungan rumah berupa stimulasi dan aktivitas anak yang tidak adekuat, perawatan yang kurang, sanitasi dan pasukan air yang tidak adekuat, akses dan ketersediaan pangan yang kurang, alokasi makanan dalam rumah tangga yang tidak sesuai, edukasi pengasuh yang rendah (WHO, 2013).

Faktor maternal berupa nutrisi yang kurang pada saat prekonsepsi, kehamilan, dan laktasi, tinggi badan ibu yang rendah, infeksi, kehamilannya pada usia remaja, kesehatan mental, intrauterine growth restriction (IUGR) dan kelahiran preterm, jarak kehamilan yang pendek, dan hipertensi. Selain kehamilan pada usia remaja, kehamilan pada usia ibu di atas usia >35 tahun juga berpengaruh pada kejadian stunting (Sani et al., 2020).

b. Complementary feeding yang tidak adekuat

Setelah umur 6 bulan, setiap bayi membutuhkan makanan lunak yang bergizi sering disebut Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi/anak. Dalam keadaan darurat, bayi dan balita seharusnya mendapat MP-ASI untuk mencegah kekurangan gizi. Untuk memperolehnya perlu ditambahkan vitamin dan mineral (variasi bahan makanan) karena tidak ada makanan yang cukup untuk kebutuhan bayi.

Kualitas makanan yang buruk meliputi kualitas micronutrient yang buruk, kurangnya keragaman dan asupan pangan yang bersumber dari pangan hewani, kandungan tidak bergizi, dan rendahnya kandungan energi pada complementary foods. Praktik pemberian makanan yang tidak memadai, meliputi pemberian makan yang jarang, pemberian makan yang tidak adekuat selama dan setelah sakit, konsistensi pangan yang terlalu ringan, kuantitas pangan yang tidak mencukupi, pemberian makan yang tidak berespon. Makanan tambahan yang diberikan berupa makanan lunak yang bisa dibuat sendiri berupa bubur tepung atau bubur beras ditambah lauk pauk, sayur, dan buah, sehingga perlu pengetahuan gizi yang baik (Dekker et al., 2010). Konsumsi makanan bagi setiap orang terutama balita umur 1-2 tahun harus selalu memenuhi kebutuhan.

Konsumsi makanan yang kurang akan menyebabkan ketidakseimbangan proses metabolisme di dalam tubuh, bila hal ini terjadi terus menerus akan terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Bukti menunjukkan keragaman diet yang lebih bervariasi dan konsumsi makanan dari sumber hewani terkait dengan perbaikan pertumbuhan linear. Analisis terbaru menunjukkan bahwa rumah tangga yang menerapkan diet yang beragam, termasuk diet yang diperkaya nutrisi pelengkap, akan meningkatkan asupan gizi dan mengurangi risiko stunting. Menurut Syafrizar and Welis (2009), makanan di samping makanan yang dimakan sehari-hari dengan tujuan memulihkan keadaan gizi dan kesehatan. PMT dapat berupa makanan lokal atau makanan pabrik tidak memberatkan fungsi pencernaan serta memiliki zat-zat gizi yang disesuaikan dengan kebutuhan anak untuk pertumbuhan dan kesehatan yang optimal. Program Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) diberikan kepada anak gizi buruk dan gizi kurang yang jumlah harinya tertentu dengan tujuan untuk meningkatkan status gizi anak. Ibu yang memiliki anak di bawah lima tahun yang menderita gizi kurang / gizi buruk diberikan satu paket PMT Pemulihan (Syafrizar & Welis, 2009).

Menurut Gibson (1999), complementary foods atau makanan tambahan yang diberikan pada anak khususnya di negara yang sedang berkembang menurut sebaiknya harus di fortifikasi dengan micro nutrient terutama zat besi, kalsium dan zinc. Sedangkan spesifikasi jenis makanan yang diberikan antara lain dengan persyaratan komposisi gizi mencukupi minimal 1/3 dari kebutuhan 1 hari, yaitu; energi 350-400 kalori dan protein 10-15 gram. Pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) diberikan setiap hari kepada anak selama 3 bulan (90 hari). Sedangkan bentuk makanan PMT-P makanan yang diberikan berupa:

1. Kudapan (makanan kecil) yang dibuat dari bahan makanan setempat/lokal.
2. Bahan makanan mentah berupa tepung beras, atau tepung lainnya, tepung susu, gula minyak, kacang-kacangan, sayuran, telur dan lauk pauk lainnya.

Cara pemberian/pendistribusian PMT-P pada sasaran dilakukan di Posyandu atau tempat yang sudah disepakati, kader dibantu oleh PKK desa akan memasak sesuai menu yang telah ditentukan dan setiap hari

selama 3 bulan ibu balita akan membawa balita untuk mengambil PMT-P yang sudah disediakan.

c. Beberapa masalah dalam pemberian ASI

Rendahnya kesadaran Ibu akan pentingnya memberikan ASI pada balitanya dipengaruhi oleh pengetahuan ibu tentang kesehatan dan sosio-kultural, terbatasnya petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan, tradisi daerah berpengaruh terhadap pemberian makanan pendamping ASI yang terlalu dini, dan tidak lancarnya ASI setelah melahirkan (BPS Ketapang, 2016). Masalah-masalah terkait praktik pemberian ASI meliputi delayed initiation, tidak menerapkan ASI eksklusif, dan penghentian dini konsumsi ASI. Sebuah penelitian membuktikan bahwa menunda inisiasi menyusui (delayed initiation) akan meningkatkan kematian bayi. ASI eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI tanpa suplementasi makanan maupun minuman lain, baik berupa air putih, jus, ataupun susu selain ASI. IDAI merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama untuk mencapai tumbuh kembang optimal. Setelah enam bulan, bayi mendapat makanan pendamping yang adekuat sedangkan ASI dilanjutkan sampai usia 24 bulan. Menyusui yang berkelanjutan selama dua tahun memberikan kontribusi signifikan terhadap asupan nutrisi penting pada bayi.

Namun ada pengecualian, bayi diperbolehkan mengonsumsi obat-obatan, vitamin, dan mineral tetes atas saran dokter. Selama 6 bulan pertama pemberian ASI eksklusif, bayi tidak diberikan makanan dan minuman lain (susu formula, jeruk, madu, air, teh, dan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, bubur nasi, biskuit, nasi tim). Sedangkan ASI predominan adalah memberikan ASI kepada bayi, tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air, misalnya teh, sebagai makanan/ minuman prelakteal sebelum ASI keluar. Bayi yang sudah berumur 6 bulan, kebutuhan gizinya akan meningkat, sehingga bayi memerlukan makanan tambahan yang tidak sepenuhnya dapat dipenuhi oleh ASI saja (Kemenkes, 2010).

Pemberian ASI memiliki berbagai manfaat terhadap kesehatan,

terutama dalam hal perkembangan anak. Komposisi ASI banyak mengandung asam lemak tak jenuh dengan rantai karbon panjang (LCPUFA, long-chain polyunsaturated fatty acid) yang tidak hanya sebagai sumber energi tapi juga penting untuk perkembangan otak karena molekul yang dominan ditemukan dalam selubung myelin. ASI juga memiliki manfaat lain, yaitu meningkatkan imunitas anak terhadap penyakit, berdasarkan penelitian pemberian ASI dapat menurunkan frekuensi diare, konstipasi kronis, penyakit gastrointestinal, infeksi traktus respiratorius, serta infeksi telinga. Secara tidak langsung, ASI juga memberikan efek terhadap perkembangan psikomotor anak, karena anak yang sakit akan sulit untuk mengeksplorasi dan belajar dari sekitarnya. Manfaat lain pemberian ASI adalah pembentukan ikatan yang lebih kuat dalam interaksi ibu dan anak, sehingga berefek positif bagi perkembangan dan perilaku anak (Henningham & McGregor, 2008).

Risiko menjadi stunting 3,7 kali lebih tinggi pada balitayang tidak diberi ASI eksklusif (pemberian ASI < 6 bulan) dibandingkan dengan balita yang diberi ASI Eksklusif (≥ 6 bulan) (Hien & Kam, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh Teshome et al. (2010) menunjukkan bahwa anak yang tidak mendapatkan kolostrum lebih berisiko tinggi terhadap stunting. Hal ini mungkin disebabkan karena kolostrum memberikan efek perlindungan pada bayi baru lahir dan bayi yang tidak menerima kolostrum mungkin memiliki insiden, durasi dan keparahan penyakit yang lebih tinggi seperti diare yang berkontribusi terhadap kekurangan gizi. Penelitian lain juga menyebutkan pemberian kolostrum pada bayi berhubungan dengan kejadian stunting (Kumar et al., 2006).

Selain itu, durasi pemberian ASI yang berkepanjangan merupakan faktor risiko untuk stunting (Teshome et al., 2010). Pemberian makanan tambahan yang terlalu dini secara signifikan berkaitan dengan peningkatan risiko infeksi pernafasan dan insiden yang lebih tinggi mordibitas malaria dan infesksi mata. Penelitian di Peru, menunjukkan prevalensi diare secara signifikan lebih tinggi pada anak yang disapih. Hal ini dapat disebabkan karena hilangnya kekebalan tubuh dari konsumsi

ASI yang tidak eksklusif dan juga pengenalan makanan tambahan yang tidak higienis yang rentan terhadap penyakit infeksi. Penelitian di negara maju menunjukkan bahwa menyusui dapat mengurangi kejadian pneumonia dan gastroenteritis (Kalanda et al., 2006).

Di Indonesia, perilaku ibu dalam pemberian ASI eksklusif memiliki hubungan yang bermakna dengan indeks PB/U, dimana 48 dari 51 anak stunted tidak mendapatkan ASI eksklusif (Oktavia, 2011). Penelitian lain yang dilakukan oleh Istiftiani (2011) menunjukkan bahwa umur pertama pemberian MP-ASI berhubungan signifikan dengan indeks status gizi PB/U pada baduta.

d. Infeksi

Penyebab langsung malnutrisi adalah diet yang tidak adekuat dan penyakit. Manifestasi malnutrisi ini disebabkan oleh perbedaan antara jumlah zat gizi yang diserap dari makanan dan jumlah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh. Hal ini terjadi sebagai konsekuensi dari terlalu sedikit mengkonsumsi makanan atau mengalami infeksi, yang meningkatkan kebutuhan tubuh akan zat gizi, mengurangi nafsu makan, atau mempengaruhi penyerapan zat gizi di usus. Kenyataannya, malnutrisi dan infeksi sering terjadi pada saat bersamaan. Malnutrisi dapat meningkatkan risiko infeksi, sedangkan infeksi dapat menyebabkan malnutrisi yang mengarahkan ke lingkaran setan. Anak kurang gizi, yang daya tahan terhadap penyakitnya rendah, jatuh sakit dan akan menjadi semakin kurang gizi, sehingga mengurangi kapasitasnya untuk melawan penyakit dan sebagainya. Ini disebut juga *infectionmalnutrition* (Maxwell, 2011).

Status kesehatan balita meliputi kejadian diare dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) pada balita. Diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan konsistensi tinja yang lebih lunak dan cair yang berlangsung dalam kurun waktu minimal 2 hari dan frekuensinya 3 kali dalam sehari. Bakteri penyebab utama diare pada bayi dan anak-anak adalah enteropathogenic escherichia coli (EPEC). Menurut Levine dan Edelman, Bakteri EPEC juga diyakini menjadi penyebab

kematian ratusan ribu anak di negara berkembang setiap tahunnya. Hal ini juga diungkapkan oleh Budiarti, bahwa di Indonesia 53% dari bayi dan anak penderita diare terinfeksi EPEC. Oleh karena itu, penyakit diare merupakan salah satu masalah kesehatan utama di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia.

Hasil penelitian Astari et al. (2005) menemukan bahwa praktek sanitasi pangan mempengaruhi kejadian stunting melalui peningkatan kerawatan terhadap penyakit diare, sementara praktek sanitasi lingkungan mempengaruhi kejadian stunting melalui peningkatan kerawatan terhadap penyakit ISPA (Astari et al., 2005).

Sanitasi di daerah kumuh biasanya kurang baik dan keadaan tersebut dapat menyebabkan meningkatnya penularan penyakit infeksi. Di negara berkembang penyakit infeksi pada anak merupakan masalah yang kesehatan yang penting dan diketahui dapat mempengaruhi pertumbuhan anak. Beberapa contoh infeksi yang sering dialami yaitu infeksi enterik seperti diare, enteropati, dan cacing, dapat juga disebabkan oleh infeksi pernafasan (ISPA), malaria, berkurangnya nafsu makan akibat serangan infeksi, dan inflamasi (Masithah et al., 2005).

e. Kelainan endokrin

Batubara et al. (2010) menyebutkan terdapat beberapa penyebab perawakan pendek di antaranya dapat berupa variasi normal, penyakit endokrin, displasia skeletal, sindrom tertentu, penyakit kronis dan malnutrisi. Pada dasarnya perawakan pendek dibagi menjadi dua yaitu variasi normal dan keadaan patologis. Kelainan endokrin dalam faktor penyebab terjadinya stunting berhubungan dengan defisiensi GH, IGF- 1, hipotiroidisme, kelebihan glukokortikoid, diabetes melitus, diabetes insipidus, rickets hipopostamemia. Pada referensi lain dikatakan bahwa tinggi badan merupakan hasil proses dari faktor genetik (biologic), kebiasaan makan (psikologik) dan terpenuhinya makanan yang bergizi pada anak (sosial). Stunting dapat disebabkan karena kelainan endokrin dan non endokrin. Penyebab terbanyak adalah kelainan non endokrin yaitu penyakit infeksi kronis, gangguan nutrisi, kelainan

gastrointestinal, penyakit jantung bawaan dan faktor sosial ekonomi.

Faktor kedua penyebab stunting adalah makanan komplementer yang tidak adekuat yang dibagi lagi menjadi tiga, yaitu kualitas makanan yang rendah, cara pemberian yang tidak adekuat, dan keamanan makanan dan minuman. Kualitas makanan yang rendah dapat berupa kualitas mikronutrien yang rendah, keragaman jenis makanan yang dikonsumsi dan sumber makanan hewani yang rendah, makanan yang tidak mengandung nutrisi, dan makanan komplementer yang mengandung energi rendah. Cara pemberian yang tidak adekuat berupa frekuensi pemberian makanan yang rendah, pemberian makanan yang tidak adekuat ketika sakit dan setelah sakit, konsistensi makanan yang terlalu halus, pemberian makan yang rendah dalam kuantitas. Keamanan makanan dan minuman dapat berupa makanan dan minuman yang terkontaminasi, kebersihan yang rendah, penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman. Faktor ketiga yang dapat menyebabkan stunting adalah pemberian air susu ibu (ASI) yang salah bisa karena inisiasi yang terlambat, tidak ASI eksklusif, penghentian menyusui yang terlalu cepat. Faktor keempat adalah infeksi klinis dan subklinis seperti infeksi pada usus: diare, environmental enteropathy, infeksi cacing, infeksi pernafasan, malaria, nafsu makan yang kurang akibat infeksi, inflamasi (WHO, 2013).

2.3.4 Kondisi yang Mempengaruhi Faktor Penyebab Stunting

Menurut Almatsier (2001), faktor-faktor penyebab stunting erat hubungannya dengan kondisi-kondisi yang mendasari kejadian tersebut, kondisi-kondisi yang mempengaruhi faktor penyebab stunting terdiri atas: Asupan Energi, Asupan Protein, Jenis Kelamin, Berat Lahir, Jumlah Anggota Rumah Tangga, Pendidikan Ibu, Pendidikan Ayah, Pekerjaan Ibu, Pekerjaan Ayah, Wilayah Tempat Tinggal dan Status Ekonomi Keluarga.

2.3.5 Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh stunting

Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh stunting adalah:

- a.** Jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh.
- b.** Dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua.

Pertumbuhan stunting yang terjadi pada usia dini dapat berlanjut dan berisiko untuk tumbuh pendek pada usia remaja. Anak yang tumbuh pendek pada usia dini (0-2 tahun) dan tetap pendek pada usia 4-6 tahun memiliki risiko 27 kali untuk tetap pendek sebelum memasuki usia pubertas; sebaliknya anak yang tumbuh normal pada usia dini dapat mengalami growth faltering pada usia 4-6 tahun memiliki risiko 14 kali tumbuh pendek pada usia pra-pubertas. Oleh karena itu, intervensi untuk mencegah pertumbuhan Stunting masih tetap dibutuhkan bahkan setelah melampaui 1000 HPK (Aryastami & Tarigan, 2017). Efek sisa pertumbuhan anak pada usia dini terbawa hingga usia pra-pubertas. Peluang kejar tumbuh melampaui usia dinimasih ada meskipun kecil. Ada hubungan kondisi pertumbuhan (berat badanlahir, status sosial ekonomi) usia dini terhadap pertumbuhan pada anak usia 9 tahun. Anak yang tumbuh normal dan mampu mengejar pertumbuhannya setelah usia dini 80% tumbuh normal pada usia pra-pubertas (McGovern et al., 2017).

2.3.6 Program Penanganan Stunting

Penangan stunting dilakukan melalui Intervensi Spesifik dan IntervensiSensitif pada sasaran 1.000 hari pertama kehidupan seorang anak sampai berusia 6 tahun. Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 menyatakan bahwa Gerakan 1000 HPK terdiri dari intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi spesifik, adalah tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK. Sedangkan

intervensi sensitif adalah berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk 1000 HPK. Salah satu sasaran untuk intervensi gizi sensitif adalah remaja. Remaja merupakan kelompok yang perlu mendapat perhatian serius mengingat masaremaja adalah masa transisi dari anak-anak ke dewasa dan belum mencapai tahap kematangan fisiologis dan psikososial. Menurut Herdiana and Rosa (2011) remaja mempunyai sifat yang selalu ingin tahu dan mempunyai kecenderungan untuk mencoba hal-hal baru. Sehingga, apabila tidak dipersiapkan dengan baik remaja sangat beresiko terhadap kehidupan seksual pranikah. Di berbagai daerah kira-kira separuh dari remaja telah menikah (Sudijono, 2013).

A. Intervensi Gizi Spesifik

Ini merupakan intervensi yang ditujukan kepada anak dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan berkontribusi pada 30% penurunan stunting. Kerangka kegiatan intervensi gizi spesifik umumnya dilakukan pada sektor kesehatan. Intervensi dengan sasaran Ibu Hamil:

- 1) Memberikan makanan tambahan pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis
- 2) Mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat
- 3) Mengatasi kekurangan iodium
- 4) Menanggulangi kecacingan pada ibu hamil
- 5) Melindungi ibu hamil dari Malaria.

Intervensi dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-6 Bulan:

- 1) Mendorong inisiasi menyusui dini (pemberian ASI jolong/colostrum),
- 2). Mendorong pemberian ASI Eksklusif.

Intervensi dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 7-23 bulan:

- 1). Mendorong penerusan pemberian ASI hingga usia 23 bulan didampingi oleh pemberian MP-ASI. 2). Menyediakan obat cacing, 3). Menyediakan suplementasi zink, 4). Melakukan fortifikasi zat besi ke dalam makanan, 5). Memberikan perlindungan terhadap malaria, 6). Memberikan imunisasi lengkap, 7). Melakukan pencegahan dan pengobatan diare.

B. Intervensi Gizi Sensitif

Idealnya dilakukan melalui berbagai kegiatan pembangunan diluar sector kesehatan dan berkontribusi pada 70% Intervensi Stunting. Sasaran dari intervensi gizi spesifik adalah masyarakat secara umum dan tidak khusus ibu hamil dan balita pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

- Menyediakan dan Memastikan Akses pada Air Bersih,
- Menyediakan dan Memastikan Akses pada Sanitasi,
- Melakukan Fortifikasi Bahan Pangan,
- Menyediakan Akses kepada Layanan Kesehatan dan Keluarga Berencana (KB)
- Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN),
- Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal).
- Memberikan Pendidikan Pengasuhan pada Orang tua.,
- Memberikan Pendidikan Anak Usia Dini Universal.
- Memberikan Pendidikan Gizi Masyarakat.
- Memberikan Edukasi Kesehatan Seksual dan Reproduksi, serta Gizi pada Remaja.
- Menyediakan Bantuan dan Jaminan Sosial bagi Keluarga Miskin.
- Meningkatkan Ketahanan Pangan dan Gizi.

2.3.7 Upaya Pencegahan Stunting

Usia 0–2 tahun atau usia bawah tiga tahun (batita) merupakan periode emas (golden age) untuk pertumbuhan dan perkembangan anak, karena pada masa tersebut terjadi pertumbuhan yang sangat pesat. Periode 1000 hari pertama sering disebut window of opportunities atau periode emas ini didasarkan pada kenyataan bahwa pada masa janin sampai anak usia dua tahun terjadi proses tumbuh-kembang yang sangat cepat dan tidak terjadi pada kelompok usia lain. Gagal tumbuh pada periode ini akan mempengaruhi status gizi dan kesehatan pada usia dewasa. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya-upaya pencegahan masalah stunting ini mengingat tingginya prevalensi stunting di Indonesia. Pemerintah telah menetapkan kebijakan pencegahan stunting, melalui Keputusan Presiden Nomor 42 tahun 2013

tentang Gerakan Nasional Peningkatan Percepatan Gizi dengan fokus pada kelompok usia pertama 1000 hari kehidupan, yaitu sebagai berikut: (Kemenkes RI, 2013)

1. Ibu hamil mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama kehamilan
2. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) ibu hamil
3. Pemenuhan gizi
4. Persalinan dengan dokter atau bidan yang ahli
5. Pemberian Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
6. Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif pada bayi hingga usia 6 bulan
7. Memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) untuk bayi diatas 6 bulan hingga 2 tahun
8. Pemberian imunisasi dasar lengkap dan vitamin A
9. Pemantauan pertumbuhan balita di posyandu terdekat
10. Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Selain itu, pemerintah menyelenggarakan pula PKGBM yaitu Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat untuk mencegah stunting. PKGBM adalah program yang komprehensif dan berkelanjutan untuk mencegah stunting di area tertentu. Dengan tujuan program sebagai berikut:

- a. Mengurangi dan mencegah berat badan lahir rendah, kurang gizi, dan stunting pada anak-anak
- b. Meningkatkan pendapatan rumah tangga/keluarga dengan penghematan biaya, pertumbuhan produktifitas dan pendapatan lebih tinggi

Ibu dan bayi memerlukan gizi yang cukup dan berkualitas untuk menjamin status gizi dan status kesehatan; kemampuan motorik, sosial, dan kognitif; kemampuan belajar dan produktivitasnya pada masa yang akan datang. Anak yang mengalami kekurangan gizi pada masa 1000 HPK akan mengalami masalah neurologis, penurunan kemampuan belajar, peningkatan risiko drop out dari sekolah, penurunan produktivitas dan kemampuan bekerja, penurunan pendapatan, penurunan kemampuan

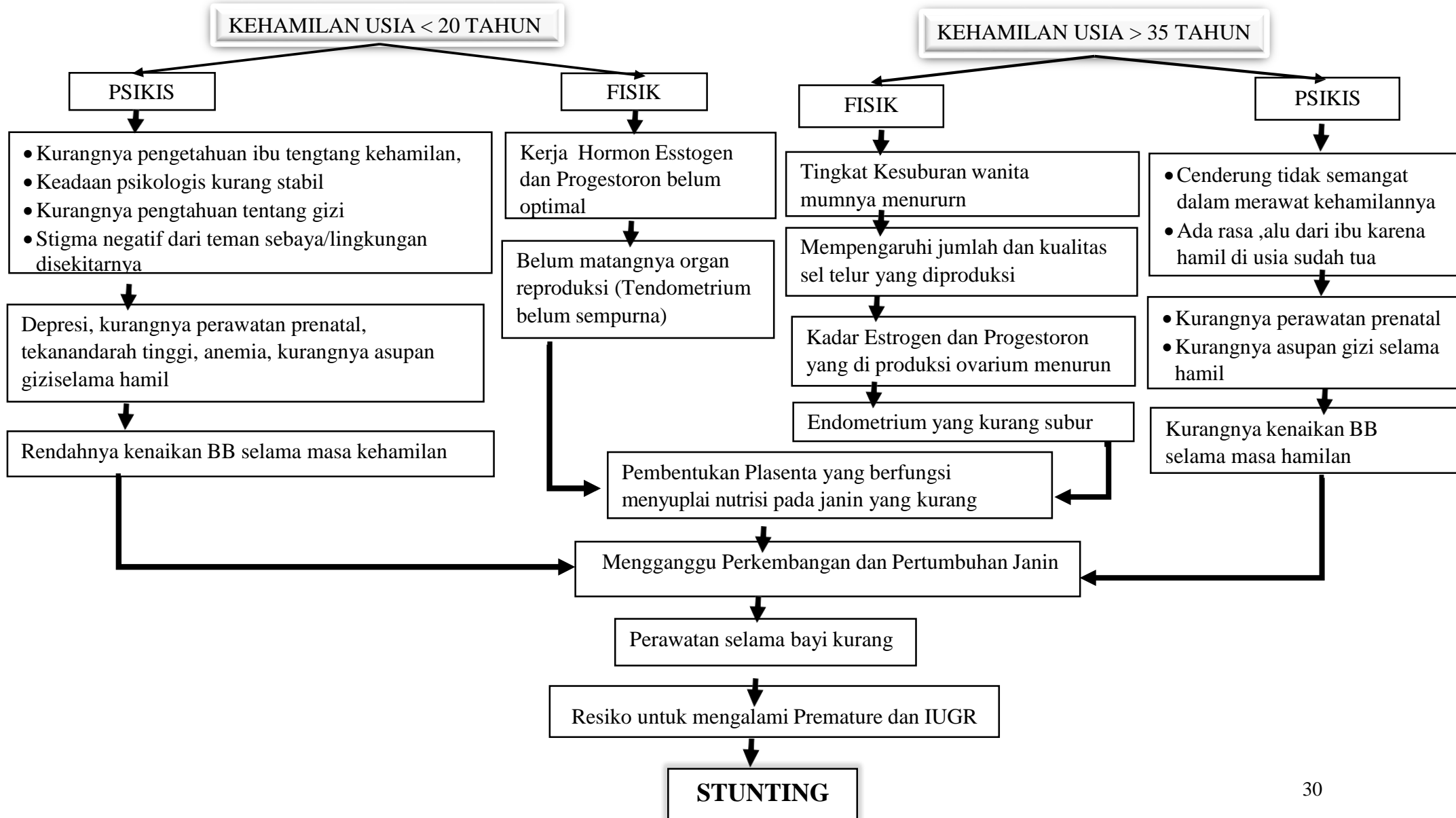
menyediakan makanan yang bergizi dan penurunan kemampuan mengasuh anak. Selanjutnya akan menghasilkan penularan kurang gizi dan kemiskinan pada generasi selanjutnya. Mempertimbangkan pentingnya gizi bagi 1000 HPK, maka intervensi gizi pada 1000 HPK merupakan prioritas utama untuk meningkatkan kualitas kehidupan generasi yang akan datang (Rahayu et al., 2018).

2.4 konsep dasar teori pengaruh usia ibu hamil terhadap kejadian stunting

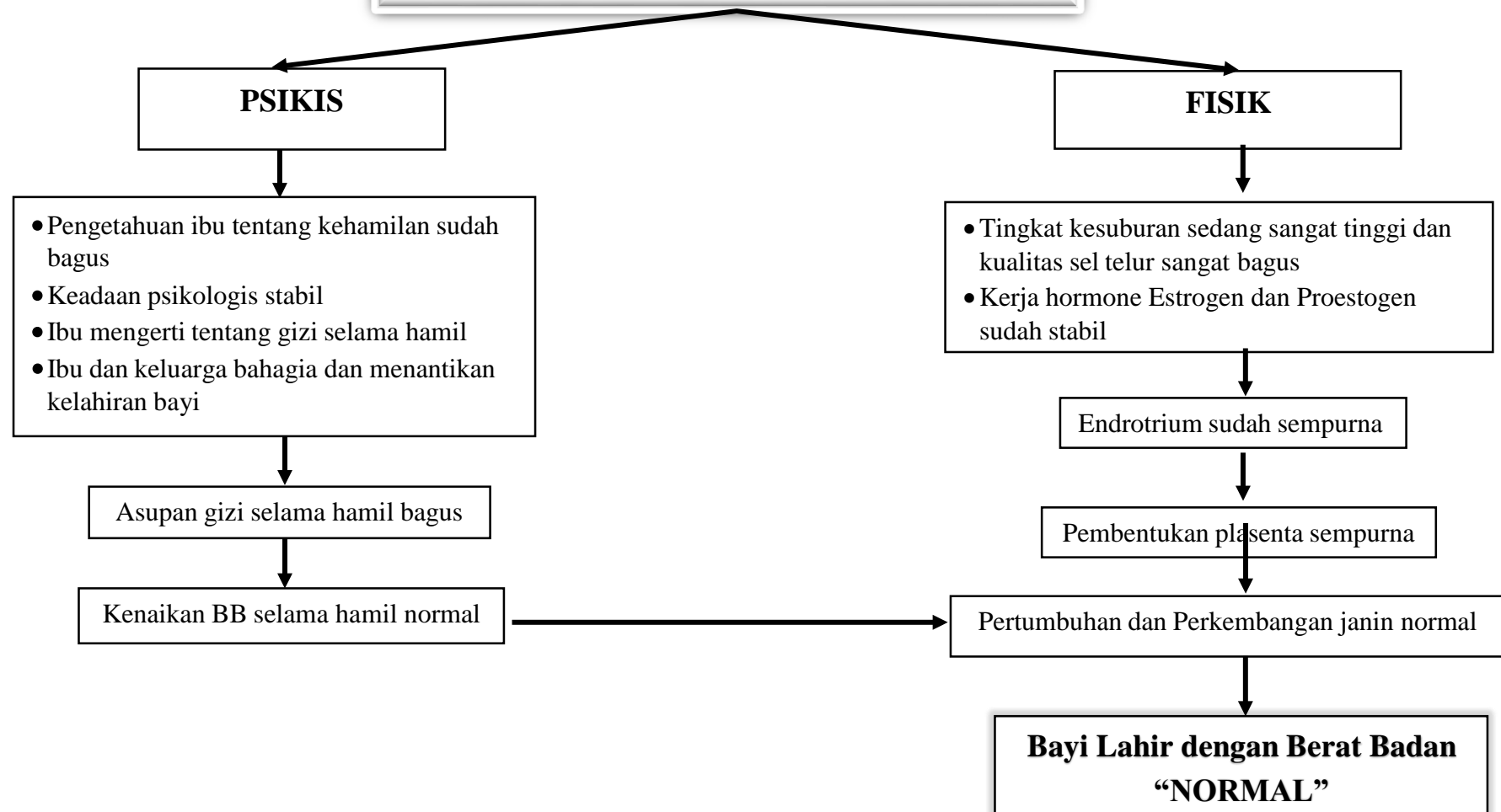
usia 20 – 35 thn ini adalah usia yang sehat reproduksi. . Usia ini adalah masa yang paling optimal bagi seorang wanita untuk menjalani periode kehamilan dan persalinan, baik secara psikologis maupun fisik. Hamil pada usia 20-35 keadaan psikologis sudah stabil sehingga dengan kestabilan psikologi, ibu mengerti dan sadar tentang kehamilannya. Sehingga ibu memperhatikan gizi selama hamil, asupan gizi selama hamil bagus, kenaikan BB selama hamil normal sehingga Pertumbuhan dan Perkembangan janin normal. Dan secara fisik dimana pada usia 20-35 Tingkat kesuburan sedang sangat tinggi dan kualitas sel telur sangat bagus selain itu kerja hormon estrogen dan Progesteron sudah stabil sehingga Endometrium sudah sempurna dengan sempurnanya endometrium menyebabkan pembentukan plasenta sempurna dimana fungsi plasenta adalah untuk mensuplai makanan janin yang di kandung. Sehingga ketika fungsi plasenta sudah sempurna akan menyebabkan Pertumbuhan dan Perkembangan janin normal. (Sani et al., 2020). Sedangkan usia hamil < 20 tahun adalah usia reproduksi muda dan usia > 35 tahun adalah usia reproduksi tua. kehamilan saat ibu berusia < 20 thn dan > 35 thn adalah berisiko. kehamilan di bawah usia 20 tahun dapat dikatakan berisiko karena berdasarkan anatomi tubuh, perkembangan panggul perempuan pada usia tersebut belum sempurna sehingga dapat menyebabkan kesulitan saat melahirkan. Tak hanya secara fisik, hamil di bawah usia 20 tahun juga dapat mempengaruhi psikologis wanita yang menjalaninya. Perempuan yang hamil di bawah usia 20 tahun sering kali menerima stigma negatif dari teman sebaya atau lingkungan di sekitarnya, terlebih jika kehamilan tersebut tidak direncanakan. Sedangkan Hamil usia tua, yaitu saat berusia di atas 35 tahun,

memang lebih berisiko, baik bagi ibuhamil sendiri maupun janinnya. Hamil di usia 35 tahun, baik untuk kehamilan pertama maupun kehamilan selanjutnya, tergolong kehamilandi usia tua. Wanita yang hamil di usia tersebut umumnya lebih berisiko mengalami gangguan kesehatan selama mengandung.(Sani et al., 2020).

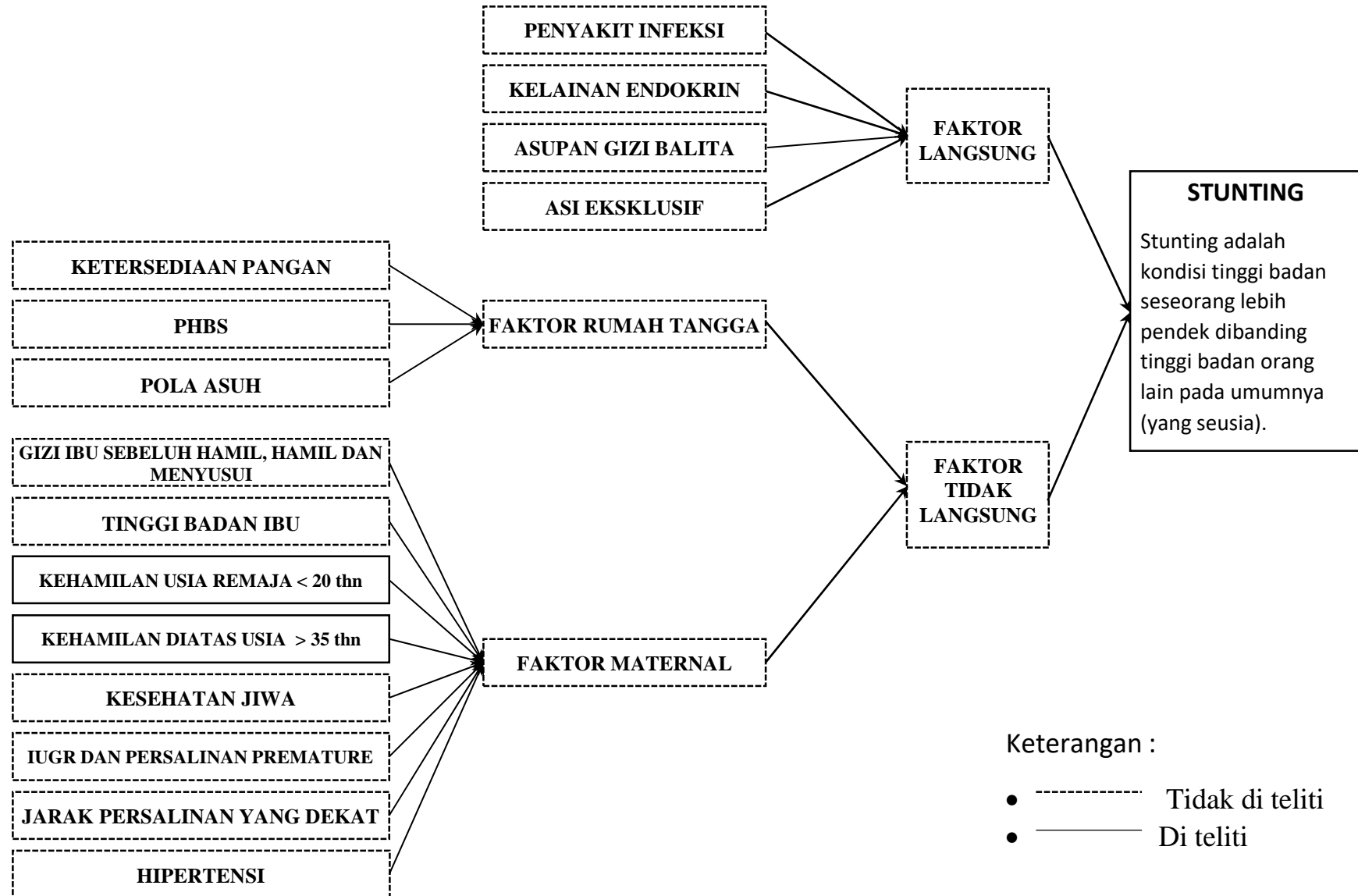
2.5 Kerangka Teoritis



KEHAMILAN USIA 20 – 35 TAHUN



2.6 Kerangka Konseptual



2.7 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Sugiono, 2018). Jenis hipotesis ada beberapa macam. Hipotesis nol adalah pernyataan tidak adanya perbedaan antara parameter dengan statistik (data sampel) (Sugiono, 2022).

Hipotesis alternatif adalah yang menyatakan ada perbedaan antara parameter dan statistik (Sugiono, 2022). Hipotesis nol diberi notasi H_0 , dan hipotesis alternatif diberi notasi H_1 . H_0 : Tidak ada pengaruh usia ibu saat hamil balita stunting terhadap kategori stunting pada balita stunting

H_1 : ada pengaruh usia ibu saat hamil balita stunting terhadap kategori stunting pada balita stunting