

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1. 1. Latar Belakang

*Stunting* merupakan suatu kondisi gagal pertumbuhan pada anak, baik pertumbuhan tubuh maupun pertumbuhan otak akibat kekurangan gizi dalam waktu yang lama. Sehingga, tinggi badan anak lebih pendek daripada anak normal seusianya dan memiliki keterlambatan dalam berpikir. Kekurangan gizi dimulai sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir yang disebut dengan periode 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan), periode 1000 HPK tersebut meliputi 270 hari selama kehamilan dan 730 hari pertama setelah bayi dilahirkan<sup>3</sup>. Masa antara kehamilan/janin hingga dua tahun pertama kehidupan anak adalah masa kritis, disebabkan kebutuhan gizi pada kelompok ini paling tinggi padahal kelompok ini kelompok yang paling rawan memperoleh pola asuh yang salah, akses pelayanan kesehatan yang tidak cukup dan pola pemberian makan yang tidak tepat<sup>4</sup>. Sehingga kondisi *stunting* baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun<sup>6</sup>. Masalah gizi seperti gizi buruk dan *stunting* masih menjadi persoalan besar yang perlu diatasi segera. Indonesia saat ini tengah dihadapkan pada “*double burden of malnutrition*” atau masalah gizi ganda dimana pada satu sisi masih harus berupaya keras untuk mengatasi masalah kekurangan gizi salah satunya *stunting*, sementara kelebihan gizi mulai merangkak naik yang berujung pada peningkatan kasus penyakit tidak menular (PTM) pada kelompok dewasa<sup>3</sup>.

*Stunting* merupakan keadaan tubuh yang pendek menurut umur hingga melampaui defisit -2 SD di bawah median standar panjang atau tinggi badan menurut umur<sup>4</sup>. *Stunting* dapat diketahui bermula pada proses tumbuh kembang

janin dalam kandungan sampai umur dua tahun, *Stunting* dihitung sejak hari pertama kehamilan, kelahiran bayi, dan sampai anak umur dua tahun, merupakan 1000 hari pertama kehidupan manusia yang disebut sebagai *window opportunity*<sup>5</sup>. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak, indeks panjang badan atau tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U) anak usia nol sampai dengan enam puluh bulan dengan kategori pendek (*stunted*) berada pada ambang batas - 3 SD sampai dengan  $< -2 SD$ <sup>6</sup>.

*Stunting* pada balita masih dianggap sebagai suatu hal yang biasa terjadi bagi orang tua. Orang tua menganggap bahwa anak mereka bisa tumbuh dengan baik karena usianya masih balita. Kekurangan gizi terjadi dimulai sejak janin dalam kandungan dan pada masa awal bayi lahir disebut dengan periode 1000 Hari Pertama Kelahiran (HPK), periode 1000 HPK meliputi 270 hari selama kehamilan dan 730 hari pertama setelah bayi dilahirkan<sup>3</sup>. Periode 1000 HPK ini merupakan masa yang sangat kritis, karena pada masa tersebut kebutuhan gizi paling tinggi, padahal pada masa ini merupakan waktu yang paling rentan/ rawan memperoleh pola asuh yang salah, pola pemberian makan yang tidak tepat, dan akses ke pelayanan kesehatan yang tidak cukup baik<sup>8</sup>.

Kejadian *stunting* di dunia pada tahun 2016, diperkirakan sebanyak 22,9%, namun angka ini sudah mengalami penurunan pada tahun 2017 sebesar 22,2%, meskipun kejadian *stunting* ini mengalami penurunan, tetapi belum mencapai standar yang sudah ditetapkan oleh WHO yaitu 20%<sup>3</sup>. Menurut WHO jumlah balita yang mengalami *stunting* di Asia yaitu sebesar 55%, lebih tinggi dibandingkan Afrika 39%<sup>15</sup>. Kawasan Asia Tenggara, pada tahun 2017 Indonesia

menduduki peringkat ketiga, Angka kejadian *stunting* di Indonesia sebesar 36,4% lebih tinggi dari Negara-negara lain, seperti Bangladesh 36,1% dan Nepal 35,8%<sup>15</sup>. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan penurunan prevalensi *stunting* di tingkat nasional sebesar 6,4% selama periode 5 tahun, yaitu dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018).

Di Jawa Timur penurunan prevalensi *stunting* sebesar 0,2% selama periode 5 tahun, yaitu dari 36,00% menjadi 27,1 % (2015) menjadi 26,9% (2019). Menurut data dari Dinas Kesehatan Banyuwangi anak berusia lima tahun ke bawah yang tersebar di 25 kecamatan di Banyuwangi, pada tahun 2018 terdapat 9,8% anak mengalami *stunting*, tahun 2019 berjumlah 8,1% atau 7.527 anak mengalami *stunting*. Namun pada 2020 angka *stunting* mencapai 8,2% atau 7.909 anak atau naik 382 anak dari tahun sebelumnya. Menurut data dari Puskesmas Jajag pada tahun 2019 kejadian *stunting* sebesar 3,8% pada tahun 2020 meningkat sebesar 6,5% hal ini bila tidak ditangani secara serius akan berpengaruh terhadap tingkat kecerdasan intelektual generasi yang akan datang.

Dampak buruk yang dapat terjadi akibat dari masalah gizi (*stunting*) pada periode tersebut pada jangka pendek adalah kecerdasan, terganggunya perkembangan otak, gangguan pertumbuhan fisik dan gangguan metabolisme tubuh. Sedangkan pada jangka panjang berupa menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit kronis pada usia tua, serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berimbas pada rendahnya produktivitas ekonomi<sup>3</sup>. Maka peran serta petugas kesehatan setempat sangatlah diperlukan agar kejadian *stunting* bisa ditekan. Salah satunya adalah program yang saat ini sedang berjalan

di tempat penelitian yaitu penyuluhan tentang gizi dan kesehatan balita baik itu di posyandu atau penyuluhan ekstra, pelacakan *stunting* pada balita di wilayah kerja Puskesmas Jajag dengan melakukan pengukuran tinggi badan yang kemudian di bandingkan dengan usia pada balita *stunting* setiap bulan yang dilakukan para petugas dengan sistem jemput bola, pemberian PMT kepada balita *stunting*.

Berdasarkan penelitian Ernawati, et al (2013) menyebutkan bahwa keadaan pada saat prenatal akan memengaruhi *outcomes* dan kualitas sumber daya manusia (SDM) ke depannya disebabkan oleh pertumbuhan yang dimulai sejak janin semasa dalam kandungan bahkan sejak masa prakonsepsi. Tumbuh kembang janin salah satunya dipengaruhi oleh asupan gizi ibu yang kurang memadai. Asupan gizi anak dua tahun pertama kehidupan merupakan fase kritis, bayi memerlukan perhatian khusus dalam memenuhi kualitas dan kuantitas asupan zat gizi untuk mempertahankan laju tumbuh kembangnya<sup>12</sup>.

Kehamilan dengan kondisi yang ideal diperlukan untuk menghasilkan reproduksi yang sempurna. Kriteria keadaan untuk menentukan kehamilan ideal meliputi kesiapan fisik (bila sudah menyelesaikan pertumbuhan, sekitar usia 20 tahun), kesiapan mental, emosional, dan psikologis yang stabil untuk menjadi orang tua, biasanya pada usia di atas 20 tahun, dan kesiapan sosial ekonomi. Kondisi pada masa *prenatal* akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia (SDM) kedepannya karena pertumbuhan dimulai sejak janin dalam kandungan bahkan sejak masa prakonsepsi. Asupan zat gizi ibu yang kurang memadai akan berdampak buruk terhadap tumbuh kembang janin. Asupan zat gizi anak dua tahun pertama sejak kelahiran merupakan fase “kritis”, bayi perlu mendapatkan perhatian khusus dalam memenuhi kualitas dan kuantitas asupan zat gizi untuk

mempertahankan laju tumbuh kembangnya. Periode ini disebut sebagai "periode emas", dan *World Bank* menyebut sebagai *window of opportunity*, karena pada usia tersebut sedang terjadi pertumbuhan yang pesat dan waktu untuk perbaikan sangat singkat<sup>7</sup>. Bayi yang mengalami kurang gizi sejak awal kehamilan akan berdampak pada berat maupun panjang badan lahirnya yaitu kurus dan pendek<sup>5</sup>. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Latifah dan Anggraini pada tahun 2013, menyebutkan bahwa kejadian Kejadian *outcomes* kelahiran buruk seperti prematur dan berat badan lahir rendah (BBLR) diakibatkan salah satunya oleh kehamilan pada saat usia remaja. Terdapat hubungan antara kehamilan remaja dengan prematuritas dan kehamilan remaja dengan BBLR, dengan nilai masing-masing  $p=0,012$  dengan OR 3,58 dan  $p=0,001$  dengan OR 7<sup>14</sup>.

Faktor yang mempunyai pengaruh terhadap kejadian *stunting* terdiri dari faktor keluarga dan faktor anak. Faktor keluarga yang dapat menyebabkan *stunting* salah satunya adalah faktor ibu. Dalam hal ini yang dimaksud adalah kehamilan usia remaja. Kehamilan usia remaja merupakan kehamilan yang dialami oleh perempuan dengan umur kurang dari 20 tahun, menurut batas umur perkawinan dari peraturan undangundang nomor 16 tahun 2019 perubahan dari UU Nomor 1 tahun 1974 pada pasal 7 ayat (1) yang berbunyi "Perkawinan hanya diizinkan apabila pria dan wanita sudah mencapai umur 19 (sembilan belas) tahun". Batas usia ini dimaksudkan bahwa dinilai telah matang jiwa dan raganya serta mampu mendapatkan keturunan yang sehat dan berkualitas, sehingga kehamilan usia remaja dikatakan jika umur perempuan berada di bawah batas minimal usia yang dinilai matang untuk usia perkawinan. Hal ini menunjukkan bahwa di bawah umur 20 tahun perempuan belum siap untuk hamil baik secara

jiwa, raga, dan outcomes kelahirannya<sup>20</sup>. Berdasarkan *Conceptual Framework WHO* yang diterbitkan pada tahun 2013, kehamilan usia remaja menjadi salah satu penyebab terjadinya *stunting*. Dengan menyebutkan bahwa penyebab yang pertama adalah faktor ibu (*maternal factor*) dan lingkungan sekitar rumah. Faktor ibu salah satunya yaitu kehamilan usia remaja<sup>19</sup>. Selain itu, kehamilan usia remaja merupakan salah satu masalah kesehatan di seluruh dunia yang selalu meningkat, termasuk salah satunya adalah Indonesia.

Periode remaja merupakan masa peralihan tahap anak menuju dewasa atau disebut sebagai masa antara atau transisi. Pada masa remaja tepatnya umur 10-19 tahun terjadi perkembangan seksual, perkembangan kematangan jasmani, pikiran, dan emosional<sup>20</sup>. Kehamilan usia remaja memberikan gambaran bahwa perempuan tersebut baru memperoleh pendidikan 9 tahun, tamat SLTP atau putus sekolah SLTA hal ini akan mempengaruhi banyak hal seperti perawakan anak, pendidikan anak, pengembangan fisik serta mental anak dan juga kehidupan sosial keluarga secara keseluruhan<sup>21</sup>. Pada kehamilan usia remaja terjadi ketidakmatangan biologis dan menjadi sebab dari outcomes kehamilan yang buruk<sup>22</sup>.

Diperlukan kehamilan dengan kondisi yang ideal untuk mendapatkan reproduksi yang sempurna. Kriteria kondisi untuk menentukan kehamilan yang ideal meliputi kesiapan fisik (jika sudah menyelesaikan masa pertumbuhan yaitu sekitar usia 20 tahun), kesiapan mental dan emosional, serta psikologis stabil untuk menjadi orang tua, dan kesiapan sosial ekonomi<sup>21</sup>. Akibat dari kehamilan remaja yaitu morbiditas dan mortalitas yang disebabkan oleh rendahnya akses untuk persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, perawatan postpartum serta aborsi

yang tidak aman<sup>23</sup>. Sedangkan masalah psikologis karena usia masih remaja belum matang, maka muncul ketidakstabilan emosi yang akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Anak-anak yang lahir dari ibu remaja sering mengalami gangguan perkembangan dan perilaku<sup>24</sup>.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Realita (2018) diketahui bahwa pendidikan memiliki pengaruh terhadap kehamilan remaja, dengan OR 0,057. Hal tersebut menunjukkan bahwa remaja yang memiliki pendidikan rendah, memiliki resiko sebesar 0,057 kali untuk mengalami kehamilan.<sup>25</sup> Disebutkan dalam penelitian Danaei et al (2016) salah satu faktor risiko utama yang dapat menyebabkan *stunting* adalah lahir kurang bulan atau prematur. Pertumbuhan pada bayi prematur mengalami keterlambatan dikarenakan usia kehamilan yang singkat dan adanya retardasi pertumbuhan linear di dalam kandungan.<sup>26</sup> Disebutkan pula bahwa ibu yang memiliki tinggi badan pendek akan meningkatkan kejadian *stunting* pada anak.<sup>27</sup> Berdasarkan hasil penelitian Alfari (2019) didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara status gizi ibu selama kehamilan dengan kejadian *stunting* pada balita ( $p= 0,005$ )<sup>28</sup>.

Hasil data yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik menunjukkan bahwa tahun 2017 sebesar 23,79% wanita hamil pertama kali pada usia 19-20 tahun, 15,99% pada usia 17-18 tahun, dan 6,21% pada usia <16 tahun. Angka tersebut menunjukkan bahwa setengah dari perempuan di Indonesia mengalami kehamilan pertama pada usia remaja<sup>3</sup>. Lebih spesifik lagi, menurut SDKI tahun 2017 jumlah kehamilan pada usia remaja di Jawa Timur menunjukkan bahwa 16,4% remaja perempuan pernah mengalami kehamilan yang tidak diinginkan, berkisar 7% perempuan umur 15-19 tahun sudah menjadi ibu, 5% sudah pernah melahirkan

dan 2% sedang hamil anak pertama. Menurut data yang diperoleh Puskesmas Jajag, pada tahun 2017 di temukan data sebanyak 2,1% kehamilan di usia kurang dari 19 tahun, dan meningkat pada tahun 2018 sebanyak 2,5%.

Peran serta petugas kesehatan sangat dibutuhkan agar kejadian kehamilan usia remaja dan dampak dari kehamilan remaja yang telah terjadi bisa ditanggulangi. Berbagai program telah dilakukan oleh Puskesmas Jajag dan masih berjalan hingga saat ini, seperti pemberian penyuluhan oleh seluruh lintas sektor kepada para pemuda tentang apa itu kehamilan remaja juga dampaknya jika kehamilan remaja telah terjadi, pemberian penyuluhan tentang penundaan kehamilan pada calon pengantin yang berusia remaja, dan juga pemantauan ketat kepada ibu hamil risiko tinggi dengan sistem jemput bola, salah satunya pada ibu hamil usia remaja.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Irwansyah, Ismail, et al (2016), menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kehamilan pada usia remaja dengan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Lombok Barat dengan mengontrol variabel pendidikan ibu, berat badan lahir, dan tinggi badan ibu (OR= 2,95;95% CI:1,05-8,26)<sup>32</sup>. Berdasarkan kajian literatur tersebut maka perlu dilakukan penelitian terkait hubungan kehamilan usia remaja terhadap kejadian *stunting*<sup>23</sup>.

## **1. 2 Rumusan Masalah**

“Adakah hubungan kehamilan usia remaja dengan kejadian *stunting* pada balita di wilayah kerja Puskesmas Jajag ?”

## **1. 3 Tujuan**

### **1. 3. 1. Tujuan Umum**

Mengetahui apakah ada hubungan antara kehamilan usia remaja terhadap kejadian *stunting* pada balita di wilayah kerja Puskesmas Jajag.

### **1. 3. 1. Tujuan Khusus:**

1. Mengidentifikasi kejadian kehamilan usia remaja di wilayah kerja Puskesmas Jajag.
2. Mengidentifikasi kejadian *stunting* pada balita di wilayah kerja Puskesmas Jajag.
3. Menganalisis hubungan antara kehamilan usia remaja dengan kejadian *stunting* pada balita di wilayah kerja Puskesmas Jajag.

## **1. 4. Manfaat Penelitian**

### **1. 4. 1. Teoritis**

Penelitian ini dapat menambah wawasan serta informasi di bidang kesehatan, khususnya tentang hubungan kehamilan usia remaja dengan kejadian *stunting* pada balita.

### **1. 4. 2. Praktis**

#### **a. Bagi Puskesmas Jajag**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk menggalakkan kebijakan percepatan penurunan *stunting* pada balita.

#### **b. Bagi Nakes**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan upaya preventif untuk penanganan kejadian *stunting* pada balita.

c. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan pengetahuan tentang kehamilan usia remaja dan kaitannya dengan *stunting* dan digunakan sebagai bahan referensi penelitian selanjutnya misalnya terapi komplementer untuk perbaikan status gizi pada anak *stunting*.

d. Bagi Responden

Sebagai tambahan ilmu dan pengetahuan tentang tumbuh kembang anak dan pemenuhan gizi optimal untuk anak.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Kehamilan Remaja**

##### 2.1.1. Pengertian

Kehamilan usia remaja adalah kehamilan yang terjadi pada pasangan yang sudah menikah ataupun yang belum menikah pada usia dibawah 20 tahun atau berusia 13-19 tahun<sup>15</sup>.

Masa remaja merupakan masa peralihan tahap anak menuju dewasa. Perkembangan seksual terjadi pada masa remaja tepatnya pada usia 10-19 tahun, termasuk perkembangan kematangan jasmani, seksualitas, pikiran, dan emosional<sup>11</sup>. Selain itu kehamilan remaja berujung pada ketidakmatangan biologis dan merupakan sebab dari *outcomes* kehamilan yang buruk<sup>13</sup>.

Kehamilan remaja berisiko mengalami kelahiran prematur, BBLR, dan perdarahan persalinan yang dapat meningkatkan kematian ibu dan bayi. Kehamilan pada remaja juga terkait dengan kehamilan tidak dikehendaki dan aborsi tidak aman<sup>1</sup>.

##### 2.1.2. Faktor penyebab dari kehamilan remaja

Kehamilan remaja dapat terjadi karena beberapa faktor yaitu :

- a. Pernikahan dini
- b. Paksaan seksual
- c. Kurangnya akses dan penggunaan alat kontrasepsi.
- d. Terjadinya perubahan-perubahan biologik dan psikologik yang akan memberikan dorongan-dorongan tertentu, yang sering kali tidak diketahui.
- e. Institusi pendidikan langsung, yaitu orang tua dan guru yang kurang

siap untuk memberikan informasi yang benar dan tepat waktu. Berbagai kendala diantaranya adalah ketidaktahuan dan anggapan di sebagian besar masyarakat bahwa pendidikan seks adalah tabu.

- f. Perbaiki gizi yang menyebabkan umur haid pertama menjadi lebih dini. Di daerah pedesaan yang masih berpola tradisional kejadian pernikahan dini masih banyak. Sebaliknya di daerah perkotaan dimana kesempatan bersekolah dan bekerja menjadi semakin terbuka bagi perempuan, maka usia pernikahan cenderung bertambah. Kesenjangan antara umur haid pertama dan umur perkawinan dalam suasana pergaulan yang lebih bebas seringkali menimbulkan sekseseks dalam masalah seksual.
- g. Semakin majunya teknologi dan membaiknya sarana komunikasi mengakibatkan banjirnya arus informasi dari luar yang sulit sekali diseleksi.
- h. Kemajuan pembangunan, pertumbuhan penduduk dan transisi ke arah industrialisasi memberi dampak pada meningkatnya urbanisasi, berkurangnya sumber daya alam dan perubahan tata nilai. Ketimpangan sosial dan individualisme seiring kali memicu timbulnya konflik perorangan ataupun kelompok. Depresi dan frustrasi akibat menyempitnya lapangan kerja menyebabkan remaja mengambil jalan pintas, terjerumus dalam kenakalan, tindak kriminal, narkotik dan penggunaan obat/bahan berbahaya.
- i. Salah satu peluang yang dapat berfungsi substitusi untuk menyalurkan gejala remaja belum sepenuhnya dimanfaatkan, yaitu

upaya yang terarah untuk meningkatkan kebugaran jasmani<sup>49</sup>.

### 2.1.3. Ketidakmatangan Uterus Pada Kehamilan Remaja

Remaja *nullipara* yang hamil berisiko lebih tinggi mengalami masalah *obstetrik* seperti *preeklamsia*, *fetal growth retardation*, dan kelahiran *premature*. Hal ini dibuktikan dari segi biologis yaitu ketidakmatangan rahim yang juga dapat didukung oleh faktor sosiodemografi yang terkait dengan kehamilan remaja<sup>13</sup>.

Bukti epidemiologis mengenai peningkatan risiko kegawatdaruratan obstetrik pada kehamilan remaja lebih tinggi dibanding pada kehamilan saat umur dewasa. Pada usia kurang dari 20 tahun, keadaan ini disebut belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin<sup>56</sup>. Hal ini menunjukkan bahwa semakin bertambahnya usia, risiko kematian neonatal semakin menurun.

Walaupun usia reproduksi dimulai dari usia 15 tahun namun, optimalnya kehamilan dimulai pada usia 20 tahun karena pada saat ini perkembangan organ reproduksi telah siap menerima kehamilan dan persalinan. Usia yang terlalu muda akan mempengaruhi kehamilan dan meningkatkan risiko komplikasi.

Kesehatan reproduksi yang baik pada umumnya akan menghadapi proses kehamilan, proses persalinan dan nifas serta melahirkan bayi yang sehat tanpa mengalami komplikasi. Proses kehamilan, persalinan dan nifas pada wanita dengan usia reproduksi sehat akan menurunkan kemungkinan untuk adaptasi yang berat dan komplikasi yang meningkatkan *morbiditas* dan *mortalitas* untuk ibu atau bayi.

Kehamilan usia remaja merupakan salah satu risiko tinggi kehamilan. Kondisi alat reproduksi yang belum sempurna akan meningkatkan komplikasi kehamilan remaja, karena pada masa remaja tubuh akan berbagi Gizi untuk perkembangan dirinya dan pertumbuhan janinnya<sup>50</sup>.

Pada kehamilan remaja (usia < 20 tahun) ovarium belum berfungsi dengan sempurna dan teratur. Endometrium juga masih belum sempurna sehingga banyak faktor risiko yang mungkin terjadi, seperti perdarahan saat kehamilan karena *plasenta previa* (plasenta letak rendah). *Endometrium* yang kurang baik dapat menyebabkan *zigot* mencari tempat implantasi lain yang lebih nyaman yaitu tempat yang rendah dekat *ostium uteri internum*. Jika akhirnya remaja mengalami proses kehamilan maka kehamilan di usia kurang dari 20 tahun bisa menimbulkan masalah, karena kondisi fisik belum 100% siap. Kehamilan dan persalinan di usia tersebut meningkatkan angka kematian ibu dan janin 4-6 kali lipat dibanding wanita yang hamil dan bersalin di usia 20-30 tahun<sup>50</sup>.

USG dan resonansi magnetik memberikan gambaran pada sebuah studi yang dilakukan kepada remaja wanita sehat, menunjukkan bahwa volume uterus dan ketebalan *endometrium* meningkat saat proses pubertas berlangsung. Faktanya pertumbuhan rahim anak perempuan di Indonesia pada masa pra-pubertas akhir diawali dengan perkembangan jaringan payudara dan berkolerasi dengan jumlah besar *folikel ovarium* dan level *estradiol* yang beredar. Ada bukti bahwa *corpus* tumbuh lebih relatif dari *serviks* dan pertumbuhan rahim akan terus berlanjut dari masa remaja hingga menjadi dewasa awal<sup>23</sup>.

Oleh sebab itu penemuan-penemuan bukti epidemiologis, dapat dikatakan bahwa kesehatan reproduksi yang baik pada umumnya akan

menghadapi proses kehamilan, proses persalinan dan nifas serta melahirkan bayi yang sehat tanpa mengalami komplikasi.

#### 2.1.4. Dampak dari kehamilan remaja.

##### a) *Morbiditas dan Mortalitas.*

Kehamilan remaja masih dalam kategori kehamilan risiko tinggi yang bisa meningkatkan angka *mortalitas* dan *morbiditas* ibu dan bayi yang disebabkan oleh rendahnya akses untuk persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, perawatan postpartum serta aborsi yang tidak aman<sup>26</sup>.

Pada masa kehamilan risiko tinggi dapat dialami oleh ibu hamil yang masih berusia remaja. Kehamilan pada remaja mempunyai risiko ketuban pecah dini lebih banyak secara signifikan dan masalah *obstetrik* lainnya pada ibu dibandingkan kelompok umur 20-34 tahun<sup>45</sup>.

Kehamilan yang terjadi pada usia remaja mempunyai lebih banyak risiko komplikasi seperti: 1) keguguran, yang dapat terjadi karena usia remaja masih belum matangnya organ-organ reproduksi; 2) bayi lahir *prematum* atau bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) karena tidak mendapatkan asupan gizi yang cukup dari ibu; 3) anemia karena saat ibu hamil terjadi kekurangan zat besi; 4) perdarahan, yang merupakan salah satu penyebab kematian pada ibu. Rahim perempuan yang hamil pada usia muda masih belum berkembang secara optimal dan menyebabkan kontraksi terganggu, sehingga risiko terjadi perdarahan ketika persalinan meningkat. *Premature rupture of membrans* (PROM) dan *oligohydramnion* juga merupakan penyakit yang bisa terjadi pada kehamilan remaja<sup>45</sup>.

Hasil studi *literature review* juga melaporkan bahwa kehamilan remaja berhubungan dengan kematian anak membuktikan bahwa ibu

muda signifikan meningkatkan risiko bayi dengan berat lahir sangat rendah dan kematian neonatal<sup>27</sup>.

b) Dampak *Stunting*

Kehamilan dan persalinan pada usia remaja, selain menyebabkan risiko kematian ibu juga berkaitan dengan kelangsungan hidup anak. Ibu hamil pada usia remaja dengan risiko terjadi komplikasi tersebut akan berdampak pada kelangsungan hidup janin dan anak serta berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Keterlambatan ataupun kegagalan pertumbuhan pada anak atau biasa disebut *stunting* sangat mungkin terjadi pada anak yang dilahirkan oleh ibu yang berusia remaja.

*Stunting* memberikan dampak bagi kehidupan anak baik jangka pendek maupun jangka panjang. Dampak jangka pendek *stunting* adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh<sup>19</sup>.

Dampak jangka panjang yang dapat ditimbulkan oleh *stunting* adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua, serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi<sup>3</sup>.

Sejalan dengan penelitian Picauly,et al (2013) pada penelitiannya tentang analisis determinan dan pengaruh *stunting* terhadap prestasi belajar anak sekolah di Kupang dan Sumba Timur, NTT mengatakan bahwa *stunting* berdampak sangat signifikan terhadap prestasi belajar anak<sup>36</sup>.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Adani,et al (2017) bahwa terdapat perbedaan perkembangan pada balita *stunting* dan non *stunting* secara signifikan dengan nilai p yaitu 0,002<sup>37</sup>. Hal tersebut sesuai dengan penelitian di Bogor oleh Acces O,et al (2017) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara status gizi TB/U dengan salah satu aspek perkembangan yaitu kognitif pada anak prasekolah<sup>39</sup>. Perkembangan otak anak yang sensitif terkait dengan asupan zat gizi mayoritas terjadi pada usia dua tahun, dan apabila pada usia dua tahun tersebut terjadi kekurangan asupan zat gizi maka perkembangannya akan terhambat<sup>35</sup>.

Sel saraf otak akan terus berkembang sehingga pada usia lima tahun ukuran otak anak telah mendekati ukuran otak orang dewasa, kira-kira 90% sehingga Gizi yang tepat selama kehamilan dan selama lima tahun usia anak, sangat berperan dalam hasil perkembangan otak<sup>36</sup>.

Kehamilan remaja biasanya tidak direncanakan dan lebih sering terjadi pada populasi yang kurang mampu secara ekonomi dan ibu remaja cenderung memiliki sedikit pengalaman dalam hal pengasuhan anak dan cenderung memiliki pendidikan yang rendah, hal ini dapat berefek buruk bagi kehamilannya, mereka tidak menyadari pentingnya pemberian gizi yang baik, terjadi anemia, serta hipertensi kehamilan yang merupakan komplikasi terbesar kehamilan remaja, juga perawatan prenatal yang belum matang dan kurangnya tanggung jawab, sebuah studi memaparkan bahwa semakin muda usia ibu remaja semakin tinggi risiko kehamilan dan perawatan anaknya<sup>26</sup>. *Double burden* (psikis dan fisik) dan kompleksitasnya kehamilan saat usia remaja akan berimbas pada *outcomes* kelahiran yang buruk dan juga perkembangan anak selanjutnya, seperti halnya kejadian *stunting*. Sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh Fajrina (2016) bahwa terdapat hubungan antara kehamilan usia remaja dengan kejadian *stunting* pada balita dengan  $p=0,034^{32}$ .

## 2.2. *Stunting*

### 2.2.1. Pengertian

*Stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah 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*)<sup>6</sup>. Definisi *stunting* menurut Kementerian Kesehatan adalah anak balita dengan nilai *Z-score*nya kurang dari  $-2SD$ /standar deviasi (*stunted*) dan kurang dari  $-3SD$  (*severely stunted*). Menurut *World Health Organization* (WHO) *stunting* adalah kekurangan gizi kronis berdasarkan indeks panjang badan dibanding umur (PB/U) atau tinggi badan dibanding umur (TB/U) dengan batas (*z-score*) kurang dari  $-2 SD^{19}$ .

Rumus untuk menentukan nilai Z atau *Z-score* sebagai berikut:

$$Z\text{-score} = \frac{\text{Nilai individu subyek} - \text{Nilai median baku Rujukan}}{\text{Nilai Simpang Baku Rujukan}}$$

Keterangan:

Nilai individu subyek	: Tinggi Badan individu yang di ukur ( cm)
Nilai median Baku Rujukan	: Nilai median yang didapat dari Tabel
Nilai Simpang Baku Rujukan	: Nilai simpang baku rujukan disini adalah selisih kasus dengan standar $+1 SD$ atau $-1 SD$ .

Sesuai Permenkes No 2 tahun 2020, standar Antropometri anak adalah kumpulan data tentang ukuran, proporsi, komposisi tubuh sebagai rujukan untuk menilai status gizi dan tren pertumbuhan anak. Definisi anak adalah anak dengan usia 0 (nol) bulan sampai dengan 18 (delapan belas) tahun. Balita pendek atau *stunting* bisa diketahui bila seorang balita sudah diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasil pengukurannya ini berada pada kisaran di bawah normal.

Untuk menentukan status gizi anak perlu memperhatikan indeks standar antropometri secara bersamaan sehingga dapat menentukan masalah pertumbuhan, untuk dilakukan tindakan pencegahan dan tata laksana lebih lanjut. Standar Antropometri anak didasarkan pada parameter berat badan dan panjang/tinggi badan yang terdiri atas 4 (empat) indeks, meliputi Berat Badan menurut Umur (BB/U), Panjang/Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U), Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB); dan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Anak dengan PB/U atau TB/U dibawah minus dua standar deviasi ( $<-2SD$ ) adalah anak dengan perawakan pendek (*short stature*). Anak ini wajib ditindaklanjuti dengan tatalaksana *stunting* dan dirujuk<sup>39</sup>.

Tabel 2.1: Standar Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Laki-Laki Umur 24-60 Bulan

Umur (bulan)	Tinggi Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
24*	78	81	84.1	87.1	90.2	93.2	96.3
25	78.6	81.7	84.9	88	91.1	94.2	97.3
26	79.3	82.5	85.6	88.8	92	95.2	98.3
27	79.9	83.1	86.4	89.6	92.9	96.1	99.3
28	80.5	83.8	87.1	90.4	93.7	97	100.3
29	81.1	84.5	87.8	91.2	94.5	97.9	101.2
30	81.7	85.1	88.5	91.9	95.3	98.7	102.1
31	82.3	85.7	89.2	92.7	96.1	99.6	103
32	82.8	86.4	89.9	93.4	96.9	100.4	103.9
33	83.4	86.9	90.5	94.1	97.6	101.2	104.8
34	83.9	87.5	91.1	94.8	98.4	102	105.6
35	84.4	88.1	91.8	95.4	99.1	102.7	106.4
36	85	88.7	92.4	96.1	99.8	103.5	107.2
37	85.5	89.2	93	96.7	100.5	104.2	108
38	86	89.8	93.6	97.4	101.2	105	108.8
39	86.5	90.3	94.2	98	101.8	105.7	109.5
40	87	90.9	94.7	98.6	102.5	106.4	110.3
41	87.5	91.4	95.3	99.2	103.2	107.1	111
42	88	91.9	95.9	99.9	103.8	107.8	111.7
43	88.4	92.4	96.4	100.4	104.5	108.5	112.5
44	88.9	93	97	101	105.1	109.1	113.2
45	89.4	93.5	97.5	101.6	105.7	109.8	113.9
46	89.8	94	98.1	102.2	106.3	110.4	114.6
47	90.3	94.4	98.6	102.8	106.9	111.1	115.2
48	90.7	94.9	99.1	103.3	107.5	111.7	115.9
49	91.2	95.4	99.7	103.9	108.1	112.4	116.6
50	91.6	95.9	100.2	104.4	108.7	113	117.3
51	92.1	96.4	100.7	105	109.3	113.6	117.9
52	92.5	96.9	101.2	105.6	109.9	114.2	118.6
53	93	97.4	101.7	106.1	110.5	114.9	119.2
54	93.4	97.8	102.3	106.7	111.1	115.5	119.9
55	93.9	98.3	102.8	107.2	111.7	116.1	120.6
56	94.3	98.8	103.3	107.8	112.3	116.7	121.2
57	94.7	99.3	103.8	108.3	112.8	117.4	121.9
58	95.2	99.7	104.3	108.9	113.4	118	122.6
59	95.6	100.2	104.8	109.4	114	118.6	123.2
60	96.1	100.7	105.3	110	114.6	119.2	123.9

Keterangan: \* Pengukuran TB dilakukan dalam keadaan anak berdiri

Tabel 2.2: Standar Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak perempuan Umur 24-60 Bulan

Umur (bulan)	Tinggi Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
24*	76	79.3	82.5	85.7	88.9	92.2	95.4
25	76.8	80	83.3	86.6	89.9	93.1	96.4
26	77.5	80.8	84.1	87.4	90.8	94.1	97.4
27	78.1	81.5	84.9	88.3	91.7	95	98.4
28	78.8	82.2	85.7	89.1	92.5	96	99.4
29	79.5	82.9	86.4	89.9	93.4	96.9	100.3
30	80.1	83.6	87.1	90.7	94.2	97.7	101.3
31	80.7	84.3	87.9	91.4	95	98.6	102.2
32	81.3	84.9	88.6	92.2	95.8	99.4	103.1
33	81.9	85.6	89.3	92.9	96.6	100.3	103.9
34	82.5	86.2	89.9	93.6	97.4	101.1	104.8
35	83.1	86.8	90.6	94.4	98.1	101.9	105.6
36	83.6	87.4	91.2	95.1	98.9	102.7	106.5
37	84.2	88	91.9	95.7	99.6	103.4	107.3
38	84.7	88.6	92.5	96.4	100.3	104.2	108.1
39	85.3	89.2	93.1	97.1	101	105	108.9
40	85.8	89.8	93.8	97.7	101.7	105.7	109.7
41	86.3	90.4	94.4	98.4	102.4	106.4	110.5
42	86.8	90.9	95	99	103.1	107.2	111.2
43	87.4	91.5	95.6	99.7	103.8	107.9	112
44	87.9	92	96.2	100.3	104.5	108.6	112.7
45	88.4	92.5	96.7	100.9	105.1	109.3	113.5
46	88.9	93.1	97.3	101.5	105.8	110	114.2
47	89.3	93.6	97.9	102.1	106.4	110.7	114.9
48	89.8	94.1	98.4	102.7	107	111.3	115.7
49	90.3	94.6	99	103.3	107.7	112	116.4
50	90.7	95.1	99.5	103.9	108.3	112.7	117.1
51	91.2	95.6	100.1	104.5	108.9	113.3	117.7
52	91.7	96.1	100.6	105	109.5	114	118.4
53	92.1	96.6	101.1	105.6	110.1	114.6	119.1
54	92.6	97.1	101.6	106.2	110.7	115.2	119.8
55	93	97.6	102.2	106.7	111.3	115.9	120.4
56	93.4	98.1	102.7	107.3	111.9	116.5	121.1
57	93.9	98.5	103.2	107.8	112.5	117.1	121.8
58	94.3	99	103.7	108.4	113	117.7	122.4
59	94.7	99.5	104.2	108.9	113.6	118.3	123.1
60	95.2	99.9	104.7	109.4	114.2	118.9	123.7

Keterangan: \* Pengukuran TB dilakukan dalam keadaan anak berdiri

Tabel 2.3. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

<b>Indeks</b>	<b>Kategori Status Gizi</b>	<b>Ambang Batas (Z-Score)</b>
Berat Badan menurut Umur ( <b>BB/U</b> ) anak usia <b>0- 60 bulan</b>	Berat badan sangat kurang ( <i>severely underweight</i> )	<-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 <sup>1</sup>	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur ( <b>PB/U</b> atau <b>TB/U</b> ) anak usia <b>0 - 60 bulan</b>	Sangat pendek ( <i>severely stunted</i> )	< -3 SD
	Pendek ( <i>stunted</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi <sup>2</sup>	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan ( <b>BB/PB</b> atau <b>BB/TB</b> ) anak usia <b>0 - 60 bulan</b>	Gizi buruk ( <i>severely wasted</i> )	<-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
<b>Indeks</b>	<b>Kategori Status Gizi</b>	<b>Ambang Batas (Z-Score)</b>
Indeks Massa Tubuh menurut Umur ( <b>IMT/U</b> ) anak usia <b>0 - 60 bulan</b>	Gizi buruk ( <i>severely wasted</i> ) <sup>3</sup>	<-3 SD
	Gizi kurang ( <i>wasted</i> ) <sup>3</sup>	- 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 ( <b>IMT/U</b> ) <b>anak usia</b> <b>5 - 18 tahun</b>	Gizi Buruk ( <i>Several thinnes</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

Sumber :  
Permenkes  
Nomor 2  
Tahun

2020 Tentang Standar Antropometri Anak

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).

Terjadinya kekurangan gizi ini dimulai sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir yang disebut dengan periode 1.000 HPK (Hari Pertama Kehidupan), periode 1.000 HPK tersebut meliputi 270 hari selama kehamilan dan 730 hari pertama setelah bayi dilahirkan<sup>3</sup>. Sehingga kondisi *stunting* baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun<sup>6</sup>.

### 2.2.2 Faktor penyebab *stunting*

Faktor risiko kejadian *stunting* dipaparkan berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Danaei G, et al (2016) tentang Faktor Risiko untuk *Stunting* di 137 Negara Berkembang : Analisis Penilaian Risiko Komparatif di Tingkat Global, Regional, dan Negara. Penelitian tersebut menyebutkan bahwa risiko utama di seluruh dunia adalah FGR (*fetal growth restriction*) yang didefinisikan sebagai kecil untuk usia kehamilan dengan 10,8 juta kasus (95% CI 9,1 juta -12,6 juta) dari *stunting* (44,1 juta), diikuti oleh sanitasi buruk dengan 7,2 juta (95% CI 6,3 juta-8,2 juta), dan diare dengan 5,8 juta (95% CI 2,4 juta-9,2 juta)<sup>20</sup>.

*FGR* dan kelahiran prematur adalah kelompok faktor risiko utama di semua wilayah. Risiko lingkungan memiliki dampak estimasi terbesar kedua pada *stunting* secara global dan di Asia Selatan, Afrika sub-Sahara, kawasan Asia Timur dan Pasifik, sedangkan Gizi dan infeksi anak adalah kelompok faktor risiko utama kedua di wilayah lain. Selain faktor utama tersebut berikut faktor-faktor yang menyebabkan kejadian *stunting*.

1) Gizi dan infeksi ibu :

a) Tinggi badan ibu <150 cm.

Penelitian yang dilakukan oleh Fajrina (2016) menyebutkan bahwa ada hubungan antara tinggi badan ibu dengan kejadian *stunting* dengan *p-value* 0,022 dan nilai(OR=2,952;95%CI:1,154-7,556) artinya ibu dengan tinggi badan kurang dari 150 cm dua kali berisiko mempunyai anak dengan *stunting*<sup>32</sup>.

- b) Berat badan ibu kurang, BMI ibu  $<18,5 \text{ kg/m}^2$ .

Penelitian yang dilakukan oleh Wahyu et al (2018) mendukung pernyataan tersebut dengan hasil penelitiannya yaitu ada hubungan antara IMT prahamil terhadap panjang badan bayi lahir sebesar ( $r=0.876$ ;  $r^2=0.767$ ;  $p<0.01$ )

- c) Anemia ibu, hemoglobin ibu  $<110 \text{ g/l}$ .

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi, et al(2017) pada penelitiannya yang menyatakan bahwa ada hubungan ibu hamil anemia dengan *stunting* pada bayi baru lahir di RSUD Wonosari Gunungkidul 2016 dengan  $p=0,023$ .

- 2) Masa keibuan remaja dan interval kelahiran pendek :

- a) Kehamilan remaja, adalah usia ibu saat melahirkan  $<20$  tahun.

Penelitian yang dilakukan oleh Irwansyah, et al (2016) menyebutkan bahwa ada hubungan signifikan kehamilan remaja dengan kejadian *stunting* (OR:2,95; 95% CI: 1,05=8,26). Penelitian Larasati, et al (2018) juga menyebutkan bahwa hubungan yang signifikan antara kehamilan remaja dengan kejadian *stunting* pada balita ( $p = 0,016$ ) dengan nilai Odds – ratio adalah 3,86<sup>77</sup>. Fink et al (2014) menyatakan bahwa risiko anak *stunting* 38% lebih tinggi pada anak pertama yang lahir dari ibu dengan usia remaja  $<18$  tahun daripada anak pertama yang lahir dari ibu berusia 27-34 tahun<sup>77</sup>.

- b) Interval kelahiran pendek, adalah ibu yang melahirkan  $<24$  bulan dari kehamilan sebelumnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Candra (2011) menyebutkan bahwa anak dengan jarak kelahiran dekat (<2 th) berisiko menjadi *stunting* 11,65 kali dibandingkan anak yang memiliki jarak kelahiran  $\geq 2$  th.

3) *Fetal growth restriction* dan prematuritas :

- a) Prematur, kecil untuk umur kehamilan, adalah ibu yang melahirkan sebelum umur kehamilan 37 minggu dan berat <persentil ke 10 untuk usia kehamilan.
- b) Prematur, sesuai untuk usia kehamilan, adalah kelahiran sebelum umur kehamilan 37 minggu dan berat persentil ke 10 untuk usia kehamilan.
- c) Cukup bulan, kecil untuk usia kehamilan adalah kelahiran pada atau setelah usia kehamilan 37 minggu dan berat < persentil ke 10 untuk usia kehamilan.
- d) Berat badan lahir rendah adalah berat lahir <2.500 gr.

4) Gizi dan infeksi anak :

- a) Kekurangan zinc, adalah keadaan dimana kekurangan asupan zinc selama masa kanak-kanak berdasarkan kebutuhan zinc yang didasarkan pada usia dan jenis kelamin.
- b) Diare masa kanak-kanak, adalah jumlah episode diare per tahun selama masa kanak-kanak. ASI non eksklusif adalah keadaan dimana bayi tidak hanya diberi ASI dibawah usia 6 bulan.
- c) Penghentian proses menyusui, adalah keadaan dimana anak tidak diberikan ASI lagi diantara usia 6-24 bulan.

- d) Infeksi HIV tanpa HAART sebelum usia 2 tahun, adalah keadaan anak yang terinfeksi HIV tanpa insiasi pemberian HAART sampai usia 2 tahun
- 5) Faktor lingkungan :
- a) Sanitasi buruk, adalah kurangnya akses ke sanitasi yang aman di masyarakat (berdasarkan definisi *unimproved sanitation* WHO/UNICEF JMP).
  - b) Air yang buruk, adalah kurangnya akses ke air bersih di masyarakat (berdasarkan definisi *unimproved water* WHO/UNICEF JMP).
  - c) Penggunaan bahan bakar biomassa, adalah penggunaan bahan bakar biomassa untuk memasak dan memanaskan makanan.
- 6) Faktor lain yang dapat berhubungan dengan *stunting* dijelaskan pada penelitian yang dilakukan oleh Blessing J, et al (2017) adalah pendidikan ibu, jenis kelamin anak, rumah tangga miskin, durasi menyusui berkepanjangan (>12 bulan), pendidikan ayah rendah dan wilayah tempat tinggal (pedesaan)<sup>21</sup>.

### **2.3. Hubungan Kehamilan Remaja Terhadap Kejadian *Stunting***

*Stunting* merupakan masalah gizi kompleks pada balita yang terjadi sejak kehamilan, salah satunya adalah kehamilan remaja dimana kematangan fisik dan psikis mempengaruhi pertumbuhan anak yaitu *stunting*. Permasalahan *stunting* terjadi mulai dari dalam kandungan dan baru akan terlihat ketika anak sudah menginjak usia dua tahun. Usia 24-59 bulan merupakan usia yang dinyatakan sebagai masa kritis untuk mendapatkan sumber daya manusia yang berkualitas, terlebih pada periode 2 tahun pertama merupakan masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal, oleh karena itu pada masa ini perlu perhatian yang serius. Anak-anak yang

mengalami *stunting* pada umumnya akan mengalami hambatan dalam perkembangan kognitif dan motoriknya.

Kehamilan usia remaja merupakan salah satu risiko tinggi kehamilan. Kondisi alat reproduksi yang belum sempurna akan meningkatkan komplikasi kehamilan remaja, karena pada masa remaja tubuh akan berbagi zat gizi untuk perkembangan dirinya dan pertumbuhan janinnya. Ibu hamil yang berusia remaja yaitu <20 tahun memiliki risiko yang sangat besar baik bagi ibu dan juga bayinya. Kehamilan remaja berisiko mengalami kelahiran prematur, berat badan bayi lahir rendah (BBLR), perdarahan persalinan, yang dapat meningkatkan kematian ibu dan bayi. Kehamilan pada remaja juga terkait dengan kehamilan tidak dikehendaki dan aborsi tidak aman<sup>7</sup>. Ketidakmatangannya Uterus pada kehamilan remaja merupakan salah satu pencetus dari outcomes dari kelahiran yang buruk. Pada usia kurang dari 20 tahun, keadaan ini disebut belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin yang dilahirkannya nanti.

Walaupun usia reproduksi dimulai dari usia 15 tahun, namun optimalnya kehamilan yang optimal dimulai pada usia 20 tahun karena pada saat ini perkembangan organ reproduksi telah siap menerima kehamilan dan persalinan. Usia yang terlalu muda akan berpengaruh terhadap kehamilan dan meningkatkan risiko komplikasi. Jika remaja mengalami proses kehamilan maka kehamilan di usia kurang dari 20 tahun bisa menimbulkan masalah, karena kondisi fisik belum 100% siap. Kehamilan dan persalinan di usia tersebut meningkatkan angka kematian ibu dan janin 4-6 kali lipat dibanding wanita yang hamil dan bersalin di usia 20-30 tahun.<sup>50</sup>

Kehamilan dan persalinan pada usia remaja, selain merupakan risiko kematian ibu juga berkaitan dengan kelangsungan hidup anak. Ibu hamil pada usia remaja dengan risiko terjadi komplikasi tersebut akan berdampak pada kelangsungan hidup janin dan anak serta berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Keterlambatan ataupun kegagalan pertumbuhan pada anak atau biasa disebut *stunting* kemungkinan

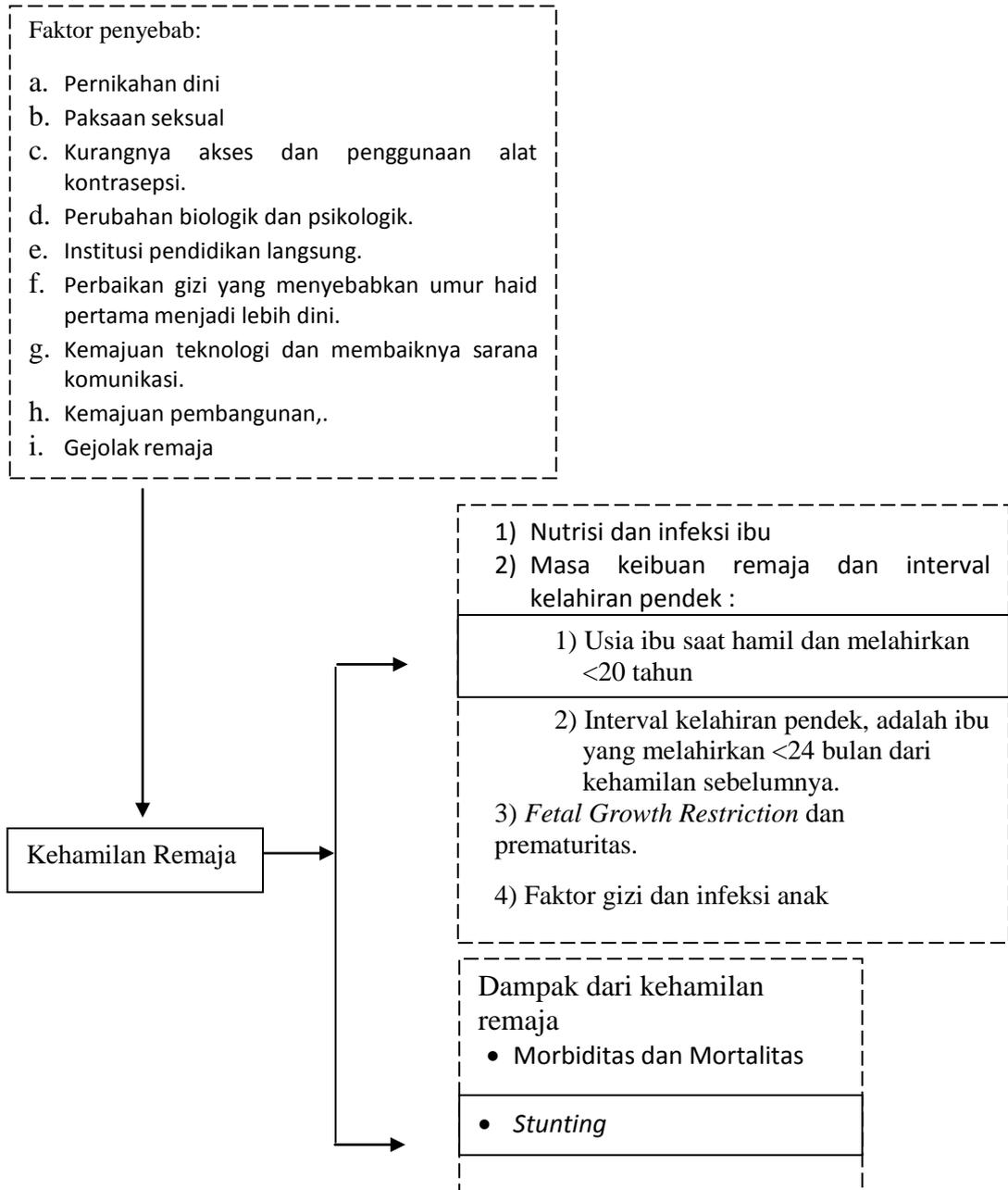
besar terjadi pada anak yang dilahirkan oleh ibu yang berusia remaja. Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kehamilan remaja terhadap kejadian *Stunting* yang menunjukkan bahwa mayoritas kehamilan remaja bisa berdampak terjadinya *stunting* pada balita.<sup>19</sup>

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mengatakan bahwa kehamilan pada usia remaja secara signifikan meningkatkan risiko kejadian *stunting* pada anak dibandingkan dengan ibu yang hamil diatas 20 tahun<sup>63</sup>. Kehamilan pada usia remaja memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan dengan kehamilan wanita diatas 20 tahun. Kehamilan pada usia remaja memiliki peluang yang lebih besar untuk melahirkan bayi prematur atau memiliki bayi dengan berat lahir rendah. Studi melaporkan bahwa kehamilan remaja biasanya tidak direncanakan. Selanjutnya, kehamilan remaja lebih sering terjadi pada populasi yang kurang mampu secara ekonomi dan ibu remaja cenderung memiliki sedikit pengalaman dalam hal pengasuhan anak dan cenderung memiliki pendidikan yang rendah. Kehamilan di usia muda atau remaja (di bawah usia 20 tahun) akan mengakibatkan rasa takut terhadap kehamilan dan persalinan, hal ini disebabkan karena pada usia tersebut ibu mungkin belum siap untuk mempunyai anak dan alat-alat reproduksi ibu belum siap untuk hamil<sup>78</sup>.

## BAB 3

### KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Teori



Keterangan :

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

→ : Pengaruh

Gambar 3.1 : Kerangka Teori Hubungan Kehamilan Usia Remaja Terhadap Kejadian *Stunting*.

### 3.2 Kerangka Konsep

Adalah hubungan antara konsep – konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2015).



Gambar 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian<sup>48</sup>. Hipotesis disusun sebelum penelitian dilaksanakan karena hipotesis akan bisa memberikan petunjuk pada tahap pengumpulan, analisis, dan interpretasi data<sup>48</sup>.

Dalam penelitian ini digambarkan bahwa kehamilan remaja disebabkan oleh beberapa faktor yaitu pernikahan dini, paksaan seksual, kurangnya akses dan penggunaan alat kontrasepsi, perubahan biologik dan psikologik, institusi pendidikan langsung, perbaikan gizi yang menyebabkan umur haid pertama menjadi lebih dini, kemajuan teknologi dan membaiknya sarana komunikasi, kemajuan pembangunan, gejala remaja. Dari berbagai faktor tersebut muncul sebuah permasalahan yaitu usia ibu saat hamil dan melahirkan <20 tahun. Kedepannya akan memunculkan dampak, selanjutnya akan diteliti dalam penelitian ini, akankah terjadi *stunting* atau tidak *stunting*.

### 3.3 Hipotesis

Dalam penelitian ini terdapat variabel bebas dan terikat sehingga bisa disusun sebuah hipotesis yaitu :

Ha : Ada hubungan antara kehamilan remaja terhadap kejadian *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Jajag.

## **Bab 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan studi penelitian *analitik observasional*, Penelitian yang menjelaskan adanya hubungan antara variabel melalui pengajuan hipotesis, desain ini memiliki ciri khas, yaitu dilakukan tanpa adanya intervensi atau tanpa pemberian perlakuan kepada sampel<sup>52</sup>.

#### **4.2. Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian<sup>53</sup>. Secara luas desain penelitian adalah sebuah peta jalan bagi peneliti untuk menentukan arah berlangsungnya proses penelitian yang benar dan tepat sesuai dengan tujuan yang ditetapkan<sup>54</sup>.

Penelitian ini dirancang dengan menggunakan desain *case control* dengan pendekatan *retrospektif*. Penelitian ini merupakan studi analitik yang menganalisis hubungan kausal dengan menggunakan logika terbalik, yaitu menentukan penyakit (outcome) terlebih dahulu kemudian mengidentifikasi penyebab (faktor risiko)<sup>57</sup>. Penelitian ini dilakukan dengan melihat data dari Kohort dan buku KIA mengenai usia awal ketika ibu hamil kemudian dilakukan pengukuran tinggi badan kepada balita dari ibu tersebut melalui antropometri yang kemudian tinggi badan yang telah diukur dibandingkan dengan usia anak tersebut yang selanjutnya dilakukan penentuan *stunting* dengan memasukkan kedalam rumus *Z-score*.

### **4.3. Populasi Dan Sample**

#### **4.3.1. Populasi**

Populasi adalah setiap subjek yang memenuhi karakteristik yang sudah ditentukan dalam suatu penelitian<sup>56</sup>. Populasi dalam penelitian ini adalah semua balita *stunting* dalam kurun waktu 3 tahun terakhir (2017-2019) di wilayah kerja Puskesmas Jajag.

#### **4.3.2. Sampling dan Sampel**

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasinya<sup>42</sup>. Sampling adalah teknik pengambilan sampel yang dilakukan sedemikian rupa sehingga didapatkan sampel minimal. Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *total sampling*. Sampel yang digunakan adalah semua balita *stunting* dalam kurun waktu 3 tahun terakhir (2017-2019) di wilayah kerja Puskesmas Jajag yang berjumlah 32 orang.

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan kriteria inklusi<sup>53</sup>.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Bersedia menjadi responden
2. Balita *stunting* dari tahun 2017-2019
3. Usia 24 bulan – 60 bulan.
4. Tidak ada kecacatan.

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Tidak bersedia menjadi responden
2. Memiliki kecatatan fisik maupun mental
3. Anak kembar

#### **4.4. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Jajag pada bulan November sampai dengan bulan Desember 2021

#### **4.5. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

Variabel didefinisikan sebagai suatu objek penelitian yang bervariasi, atau sebagai karakteristik yang mampu berubah dari subjek satu ke subjek yang lainnya. Dalam riset, variabel dikategorikan sebagai derajat, jumlah dan perbedaan<sup>57</sup>.

##### **4.5.1. Variabel Bebas (*Independent*)**

Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau nilainya dapat menentukan variabel yang lainnya. Suatu kegiatan stimulus yang mampu dimanipulasi oleh peneliti dapat menciptakan efek dari variabel bebas. Variabel bebas biasanya diamati, diukur untuk mengetahui hubungannya atau dampaknya terhadap variabel lain dan dimanipulasi<sup>48</sup>. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah kehamilan remaja yang mempengaruhi kejadian *stunting*.

#### **4.5.2. Variabel Terikat (*Dependent*)**

Variabel terikat merupakan variabel yang dapat dipengaruhi nilainya serta ditentukan oleh variabel lain. Variabel respons dapat muncul sebagai akibat dari beberapa manipulasi variabel lain. Dalam ilmu perilaku, variabel terikat merupakan aspek tingkah laku yang dapat diobservasi dari suatu organisme yang disebut stimulus. Dengan kata lain, variabel dependen merupakan faktor yang diukur dan diobservasi untuk menentukan ada tidaknya dampak atau hubungan dari variabel independen<sup>48</sup>. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian *stunting* yang dipengaruhi oleh kehamilan remaja.

#### **4.5.3. Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang bisa diobservasi yang merupakan kunci utama dari definisi operasional, sehingga peneliti dimungkinkan untuk melakukan pengukuran atau pengamatan secara detail pada suatu fenomena atau objek<sup>58</sup>.

Tabel 4.1: Variabel, Definisi Operasional, Indikator, Instrument, Skala data, Keterangan

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Instrument	Skala Data	Keterangan
Kehamilan Remaja	Kehamilan yang terjadi pada pasangan yang sudah menikah ataupun yang belum menikah pada usia dibawah 20 tahun atau berusia 13-19 tahun dan dalam keadaan hamil	Hamil di usia < 20 tahun	Buku KIA dan Kohort	Rasio	Umur ibu pada saat hamil <20 tahun
Kejadian <i>Stunting</i>	Keadaan gizi anak yang ditentukan secara antropometri pada balita umur 24-60 bulan berdasarkan indeks TB/U atau PB/U memiliki nilai standar deviasi unit z ( <i>Z-Score</i> ).	1. Sangat pendek ( <i>severely stunted</i> ) 2. Pendek ( <i>stunted</i> ) 3. Normal	1. Pengukuran tinggi badan dengan <i>microtoise</i> yang kemudian dibandingkan dengan usia. 2. Penentuan <i>stunting</i> dengan rumus <i>Z-score</i>	Ordinal	Kategori yang digunakan: 1. Balita sangat pendek jika <i>Z-score</i> < -3 SD 2. Balita <i>stunting</i> apabila ( <i>Z- Score</i> ) - 3 SD sd < - 2 SD 3. Balita tidak <i>stunting</i> apabila ( <i>Z-Score</i> ) -2 SD sd +3 SD

## 4.6. Teknik dan Prosedur Pengumpulan Data

### 4.6.1. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan tahap proses pendekatan pada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang dibutuhkan dalam penelitian. Tahapan penelitian data tergantung dari teknik yang digunakan dan desain penelitiannya<sup>48</sup>. Tahapan dalam pengumpulan data sebagai berikut:

#### 1. Tahap persiapan

- 1) Peneliti membuat surat izin studi pendahuluan dan penelitian, kemudian surat izin studi pendahuluan dan penelitian ditandatangani oleh Ketua PPPM yang ditujukan untuk Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi.
- 2) Peneliti menyerahkan surat izin penelitian kepada Kepala Puskesmas Jajag.
- 3) Peneliti menyiapkan (*Informed Consent*) sebagai lembar persetujuan akan dilakukannya pengambilan data. Alat pengumpulan data pada penelitian ini dengan melihat kohort dan buku KIA. Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa pengukuran tinggi badan dengan *microtoise* dan Penentuan *stunting* dengan memasukkan ke dalam rumus *Z-Score*.

## **2. Tahap Pelaksanaan**

- 1) Peneliti menentukan sampel yang diambil sesuai dengan kriteria inklusi.
- 2) Peneliti memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan.
- 3) Peneliti memberikan lembar persetujuan dan lembar kuesioner kepada responden atau ibu balita *stunting*.
- 4) Melakukan pengukuran tinggi badan pada balita *stunting* dengan menggunakan *microtoise* kemudian membandingkan dengan usia balita.
- 5) Melakukan penentuan *stunting* dengan memasukan ke dalam rumus *Z-score*

### **4.6.2. Teknik Pengumpulan Data**

Pada penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data berupa pencatatan *kohort* dan buku KIA disertai pencatatan untuk pengukuran tinggi badan pada balita *stunting* yang kemudian dibandingkan dengan usia balita tersebut.

## **4.7. Pengolahan dan Analisa Data**

### **4.7.1. Tahap Pengolahan Data**

1. *Editing* (Melakukan Edit)

*Editing* merupakan tahap pertama dalam pengolahan data penelitian atau data statistik. Pada tahap ini proses memeriksa data yang dikumpulkan melalui alat pengumpulan data (instrumen penelitian), peneliti memeriksa atau menjumlahkan banyaknya lembar

pertanyaan, banyaknya pertanyaan yang telah lengkap jawabannya, atau mungkin ada pertanyaan yang belum terjawab. Pada tahap *editing* ini yaitu melengkapi data yang kurang dan memperbaiki atau mengoreksi data yang sebelumnya belum jelas<sup>56</sup>.

## 2. *Coding* (Pemberian Kode)

*Coding* merupakan tahap pemberian kode yang menjadi penting dalam mempermudah tahap-tahap berikutnya terutama pada tabulasi data. Misalnya jenis kelamin laki-laki diberi kode 1 dan jenis kelamin perempuan diberi kode 2<sup>52</sup>.

## 3. *Entry data* (Memasukkan Data)

*Entry data* atau bisa disebut *processing data* merupakan semua jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode (angka atau huruf) yang selanjutnya dimasukkan ke dalam program atau *software* komputer. *Software* komputer ini bermacam-macam dan masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan sendiri. Program yang sering digunakan untuk *entry data* penelitian adalah *SPSS for Windows (Statistical Product for Social Sciences)*<sup>68</sup>.

## 4. *Cleaning* (Pembersihan)

Tahap *cleaning* (pembersihan) merupakan tahap yang dilakukan setelah tahap *entry data*. Data yang sudah di *entry* atau di *input* dari masing-masing responden, dilakukan pengecekan ulang untuk melihat kemungkinan-kemungkinan apabila terdapat suatu kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan lain sebagainya kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi<sup>69</sup>. *Cleaning* merupakan sebuah

tahapan atau kegiatan untuk mengecek kembali data-data yang telah dimasukan (di-*input*) dan melakukan koreksi kembali apabila terdapat suatu kesalahan.

#### 5. *Tabulating* (Tabulasi)

*Tabulating* penyusunan data menjadi sangat penting karena dapat mempermudah dalam analisis data secara statistik, baik menggunakan statistik deskriptif maupun analisis data dengan statistik inferensial. Tabulasi atau yang biasa disebut *tabulating* dapat dilakukan dengan beberapa cara, yaitu secara manual dan menggunakan beberapa *software* atau program yang ada di komputer maupun yang dapat diunduh dan diinstal di komputer<sup>59</sup>.

### 4.7.2. Analisa Data

Analisis data adalah komponen yang sangat berpengaruh dalam memenuhi tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab beberapa pertanyaan penelitian yang mendeskripsikan fenomena serta bertujuan untuk membuktikan hipotesa penelitian<sup>48</sup>.

#### 1. Analisa *Univariate*

Analisa *univariate* dilakukan untuk mengetahui proporsi atau frekuensi dari masing-masing kategori berisiko dari variabel dependen dan masing-masing variabel independen<sup>60</sup>, sehingga analisa *univariate* dalam penelitian ini yaitu dilakukan perhitungan frekuensi terkait data karakteristik seperti: kehamilan usia remaja, pendidikan ibu, tinggi badan ibu, umur kehamilan, dan riwayat status gizi saat awal kehamilan, usia anak, jenis

kelamin anak, nilai *Z- Score*, dan tinggi badan pada anak *stunting*.

Teknik analisa persentase *scoring* dengan rumus<sup>58</sup>.

$$p = \frac{sp}{sm} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Penilaian

SP = Skor yang diperoleh dari responden

SM = Skor maksimal yang ditentukan

Adapun cara pembacaan tabel menurut Arikunto, yaitu<sup>58</sup>.

- 1) 100% : seluruhnya
- 2) 76-99% : hampir seluruhnya
- 3) 51-75% : sebagian besar
- 4) 50% : setengahnya
- 5) 26-49% : hampir setengahnya
- 6) 1-25% : sebagian kecil
- 7) 0% : tidak satupun.

## **2. Analisa *Bivariate***

Analisis *bivariate* merupakan analisis untuk mengetahui interaksi dua variabel, baik berupa komparatif, asosiatif maupun korelatif<sup>60</sup>. Analisa *bivariate* dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kehamilan usia remaja dengan kejadian *stunting*. Analisa bivariat pada penelitian ini dilakukan pada setiap hubungan variabel bebas dan terikat, yaitu hubungan kehamilan usia remaja dengan kejadian *stunting*.

Dalam penelitian ini digunakan uji *Rank Spearman*. Korelasi *Rank Spearman* atau yang biasanya disebut dengan *Spearman Rank Correlation Coefficient* merupakan salah satu penerapan koefisien korelasi dalam metode analisis data statistik non parametrik. Statistik non parametrik ini merupakan suatu ukuran asosiasi atau hubungan yang dapat digunakan pada kondisi satu atau kedua variabel yang diukur adalah skala ordinal (berbentuk ranking) atau kedua variabel adalah kuantitatif namun kondisi normal tidak terpenuhi. Hasil akhir dari uji ini korelasi rank spearman biasanya berupa angka-angka yang kemudian bisa dikategorikan dalam beberapa hubungan. Dari penghitungan angka tersebut bisa dilihat seberapa signifikan hubungan yang terjadi. Maksud dari signifikan disini adalah bagaimana satu variabel memengaruhi dengan sangat atau bahkan tidak berpengaruh sama sekali terhadap variabel lainnya<sup>70</sup>.

#### **Kriteria Tingkat Kekuatan Korelasi.**

Ada beberapa nilai pedoman dalam penentuan tingkat kekuatan korelasi variabel yang dihitung. Pedoman ini biasa digunakan dalam output yang diberikan oleh SPSS. Ketentuan nilai pedoman tersebut ialah:

0,00 – 0,25	: hubungan sangat rendah
0,26 – 0,50	: hubungan cukup
0,51 – 0,75	: hubungan kuat
0,76 – 0,99	: hubungan sangat kuat
1	: hubungan sempurna

### **Kriteria Signifikansi Korelasi Rank Spearman**

Kekuatan dari korelasi juga ikut menentukan signifikansi hubungan dari dua variabel yang dilakukan uji ini. Ketika nilai sig (*2 tailed*) berada kurang dari rentang 0,05 atau 0,01, maka hubungan dikatakan signifikan. Sedangkan pada saat nilai sig (*2 tailed*) berada lebih dari rentang tersebut maka hubungan dikatakan tidak berarti. Arah korelasi dapat dilihat di hasil bagaimana angka koefisien korelasi dan biasanya nilai yang dihasilkan berada pada rentang -1 sampai dengan 1. Ketika nilai koefisien korelasi memiliki nilai negatif maka hubungan tidak searah sedangkan ketika bernilai positif maka hubungan searah<sup>70</sup>.

### **4.8. Etika Penelitian**

Sebelum peneliti melakukan penelitian terhadap responden, peneliti harus mengajukan perizinan terlebih dahulu terhadap responden. Setelah melakukan perijinan maka peneliti berhak melakukan intervensi terhadap klien, dengan memerhatikan beberapa masalah etika yang meliputi:

#### *1. Lembar Persetujuan (Informed Consent)*

Lembar persetujuan (*Informed Consent*) merupakan suatu bentuk persetujuan antara kedua belah pihak yaitu peneliti dan responden dalam penelitian dengan memberikan lembar persetujuan<sup>62</sup>. Lembar persetujuan (*Informed Consent*) diberikan sebelum dilakukannya penelitian, dengan tujuan agar responden dalam penelitian dapat

mengerti atau memahami maksud dan tujuan dari penelitian. Setelah peneliti menjelaskan tentang maksud dan tujuannya, responden yang bersedia untuk diteliti, selanjutnya responden menandatangani lembar persetujuan tersebut dan apabila responden tidak bersedia untuk diteliti atau tidak bersedia untuk berpartisipasi maka peneliti tidak memaksa dan harus menghormati keputusan responden tersebut.

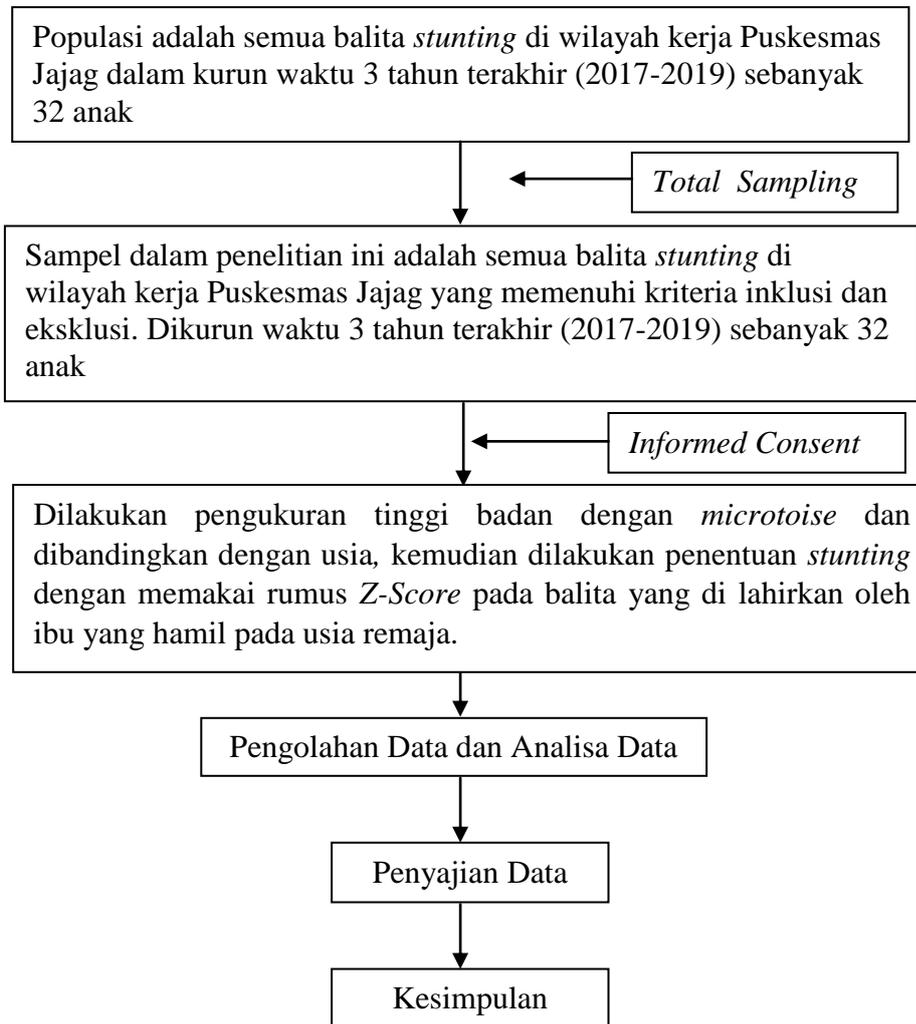
2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Tanpa nama atau *anonymity* merupakan salah satu etika lain penelitian, dalam penelitian ini peneliti memberikan jaminan yaitu dengan cara tidak mencantumkan nama responden atau hanya menggunakan inisial pada lembar pengumpulan data responden dan hanya menuliskan kode pada lembar kuesioner atau lembar pengumpulan data<sup>62</sup>.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*) merupakan masalah etika pada setiap penelitian, dalam penelitian ini peneliti memberikan jaminan kerahasiaan dari hasil penelitian, baik kerahasiaan dalam bentuk informasi maupun hal-hal lainnya dengan cara tidak memberitahukan kepada pihak lain. Peneliti wajib menjaga kerahasiaan informasi yang telah didapat selama proses pengambilan data dan hanya pihak tertentu atau hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil risetnya<sup>62</sup>.

#### 4.9. Kerangka Kerja

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



4.1. Gambar skema kerangka kerja penelitian