

GERAKAN 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN MENCEGAH TERJADINYA STUNTING (GIZI PENDEK) DI INDONESIA

Nilfar Ruaida

(Poltekkes Kemenkes Maluku; email: nilfarruaida@yahoo.co.id)

ABSTRAK

Stunting atau gangguan pertumbuhan merupakan dampak dari masalah gizi kurang yang terjadi pada anak-anak di negara berkembang. *Stunting* disebabkan oleh akumulasi episode stress yang berlangsung lama (misalnya infeksi dan asupan makanan yang buruk) yang kemudian tidak terimbangi oleh *catch-up growth* (kejar tumbuh). Hal ini mengakibatkan menurunnya pertumbuhan apabila dibandingkan dengan anak-anak yang tumbuh dalam lingkungan yang mendukung. *Stunting* mengindikasikan masalah kesehatan masyarakat karena berhubungan dengan meningkatnya resiko morbiditas dan mortalitas, penurunan perkembangan fungsi motorik dan mental serta mengurangi kapasitas fisik. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* antara lain adalah keadaan gizi ibu saat hamil, status BB bayi saat lahir, mendapatkan IMD atau tidak, pemberian ASI Eksklusif, MP-ASI, dan pola asuh orang tua. Dalam rangka pencegahan terjadinya *stunting* terutama pada balita pemerintah melaksanakan Program Percepatan Perbaikan Gizi dengan Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan.

Kata Kunci: Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan, *Stunting*

PENDAHULUAN

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan sumber daya manusia adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dimana Indonesia sekarang berada pada peringkat 108 dari 169 negara di seluruh dunia. Rendahnya IPM ini dipengaruhi oleh status gizi dan kesehatan penduduk Indonesia yang ditunjukkan dengan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 34 per seribu kelahiran hidup, Angka Kematian Balita (AKABA) sebesar 44 per seribu kelahiran hidup dan Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 228 per seratus ribu kelahiran hidup (SDKI 2007 dalam Profil Kesehatan Indonesia tahun 2010). Tingginya angka kematian bayi, balita dan ibu di tersebut menunjukkan hasil yang belum maksimal pada upaya perbaikan atau pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia. Begitu pula pada upaya perbaikan kondisi ekonomi yang berarti meningkatkan pendapatan penduduk sehingga upaya perbaikan gizi dapat diperbaiki dalam rangka peningkatan daya tahan tubuh terhadap infeksi penyakit.

Kekurangan gizi dapat terjadi akibat kemiskinan, akan tetapi memperbaiki gizi di masa awal kehidupan manusia sebenarnya dapat membangun fondasi yang kuat dalam membantu meningkatkan individu, keluarga dan bangsa keluar dari kemiskinan. Sejak 1000 hari antara kehamilan sampai di usia dua tahun merupakan *Window of Opportunity*, yakni kesempatan yang singkat untuk melakukan sesuatu yang menguntungkan. Diet makanan yang kaya zat gizi akan membantu anak-anak tumbuh untuk memenuhi kebutuhan potensi fisik dan kognitif yang optimal (Barker *et al.*, 2007).

Stunting atau gangguan pertumbuhan merupakan dampak dari masalah gizi kurang yang terjadi pada anak-anak di negara berkembang. *Stunting* mengindikasikan masalah kesehatan masyarakat karena berhubungan dengan meningkatnya resiko morbiditas dan mortalitas, penurunan perkembangan fungsi motorik dan mental serta mengurangi kapasitas fisik (Administrative Committee on Coordination/Sub-Committee on Nutrition [ACC/SCN], 2000).

Indonesia masih mengalami masalah *stunting*. Secara nasional, prevalensi *stunting* pada balita sebesar 36,8% tahun 2007 dan mengalami penurunan sebesar 1,2% sehingga menjadi 35,6% tahun 2010, tetapi tahun 2013 mengalami peningkatan lagi sebesar 37,2% (Laporan Rischesdas). Begitu pula dengan Provinsi Maluku tahun 2010 sebesar 37,5% meningkat menjadi 40,0% pada tahun 2013 (Kemenkes, 2013). Masalah *stunting* ini akan berdampak buruk bagi generasi penerus karena banyak penelitian yang membuktikan bahaya *stunting* bagi masa depan balita.

Tujuan penulisan artikel ini adalah untuk mengenal lebih jauh tentang *stunting* (gizi pendek) dan faktor-faktor apa saja yang bisa mempengaruhinya, sehingga dapat dilakukan upaya-upaya pencegahan mengingat dampak buruknya bagi pembangunan kualitas hidup anak bangsa.

STUNTING

Pengertian

Gangguan pertumbuhan pada tinggi badan berlangsung pada kurun waktu yang cukup lama, oleh karena itu indikator TB/U memberikan indikasi adanya masalah gizi kronis. Banyaknya jumlah anak yang pendek memberikan indikasi bahwa di masyarakat bersangkutan ada masalah yang sudah berlangsung cukup lama. Oleh karena itu, perlu dipelajari masalah dasar dari gangguan pertumbuhan ini sebelum dilakukan program perbaikan gizi secara menyeluruh.

Pendek atau *stunting* merupakan retardasi pertumbuhan linier dengan defisit dalam panjang badan sebesar -2 *Z-score* atau lebih menurut baku rujukan pertumbuhan *World Health Organization/National Center for Health Statistic (WHO/NCHS)*. *Stunting* disebabkan oleh akumulasi episode stress yang berlangsung lama (misalnya infeksi dan asupan makanan yang buruk) yang kemudian tidak terimbangi oleh *catch-up growth* (kejar tumbuh). Hal ini mengakibatkan menurunnya pertumbuhan apabila dibandingkan dengan anak-anak yang tumbuh dalam lingkungan yang mendukung (Kusharisupeni, 1997).

Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Stunting*

Berbagai pendapat dari para ahli menyatakan penyebab terjadinya *stunting* pada anak terutama balita. Heningham dan Grantham-Mc Gregor (2009) menyatakan perkembangan anak bersifat multifaktor, yaitu dipengaruhi faktor genetik, karakteristik anak (temperamen anak), keadaan biologis anak (status kesehatan dan gizi), lingkungan yang berhubungan dekat (tingkat stimulasi di rumah, kualitas interaksi ibu dan anak) serta lingkungan yang berhubungan jauh (pendidikan orang tua, budaya, tempat tinggal).

Menurut UNICEF dalam Milman *et al.* ((2005) faktor-faktor risiko *stunting* adalah

1. Faktor yang mendasar yaitu sumber-sumber potensial (konflik dan pendapatan perkapita negara), ekonomi (pendapatan dan pengeluaran keluarga), politik (kebijakan pemerintah) dan sosial (suku, agama, perpindahan penduduk).

Lingkungan sosial mempunyai pengaruh yang besar terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Adanya perpindahan penduduk sampai terjadinya konflik pastilah akan mempengaruhi kebijakan pemerintah dalam mengambil keputusan termasuk di dalamnya tentang ketahanan pangan dan pencegahan masalah kesehatan yang biasanya banyak terjadi pada wanita dan anak-anak. Hal potensial yang perlu diperhatikan adalah pendapatan perkapita negara karena akan berdampak pada kecukupan pangan, penyediaan pelayanan kesehatan.

Fikree *et al.* tahun 2000 dengan penelitiannya di Pakistan menyatakan keluarga yang mempunyai pendapatan kurang berisiko 1,57 kali menyebabkan *stunting* daripada keluarga yang berkecukupan. Hal ini terutama berhubungan dengan penyediaan asupan gizi bagi anak (Ergin *et al.*, 2007). Begitu pula Wahdah tahun 2012 di salah satu suku di Propinsi Kalimantan Barat menyatakan risiko sebesar 24,4 kali kejadian *stunting* terjadi pada keluarga yang berpendapatan rendah. Pendapatan keluarga merupakan faktor penting dalam memberikan pengasuhan anak yang memadai serta dapat menjamin kebutuhan yang diperlukan anak dalam pertumbuhannya. Semakin rendah pendapatan maka kejadian *stunting* cenderung semakin tinggi (Astari *et al.*, 2005; Ramli *et al.*, 2009; Mbuya *et al.*, 2010).

2. Faktor pokok yaitu keamanan pangan, keadaan ibu hamil (pendidikan dan pekerjaan) dan pola asuh anak, pelayanan kesehatan dan keadaan lingkungan.

Keadaan lingkungan atau sosial ekonomi yang terdekat adalah dari faktor orang tua. Pendidikan ibu yang baik akan menghasilkan pengetahuan tentang kesehatan terutama gizi dan pola asuh yang baik demi kesehatan anaknya. Pendidikan ibu berhubungan dengan kejadian *stunting* dinyatakan dalam penelitian Fikree *et al.* (2000); Chopra (2003); Milman *et al.* (2005); Mbuya *et al.*, 2010; Hizni, 2010 dan Rahayu (2010). Sedangkan pekerjaan ibu mempengaruhi kesehatan saat hamil ataupun pada ibu yang mempunyai anak di bawah dua tahun untuk mencegah terjadinya *stunting* sehubungan dengan ketersediaan waktu untuk merawat, mengasuh yang pastinya menyediakan pola makan yang baik (Ramli *et al.*, 2004; Hizni *et al.*, 2010; Nabuasa 2011; Wahdah 2012). Faktor dari ayah juga mempengaruhi terjadinya *stunting* terlihat pada pendidikan dan pekerjaan ayah sehubungan dengan peranan sebagai pemimpin keluarga yang mempunyai kewenangan dalam mengambil keputusan

termasuk bidang kesehatan dinyatakan dalam penelitian oleh Ergin *et al.* (2007) dan Rahayu (2011).

Pola asuh yang baik pada rumah tangga akan memberikan hasil yang baik terhadap perkembangan fisik, mental dan sosial anak. Apalagi didukung oleh pendidikan ibu yang baik menghasilkan pengetahuan tentang pengasuhan dan keadaan lingkungan yang bersih bagi anak. Ibu yang bekerja biasanya tidak mempunyai waktu yang cukup dalam hal pengasuhan anaknya, sehingga bisa berdampak kurang baik terhadap perkembangan anaknya (Hizni *et al.*, 2010). Pola asuh yang kurang pada balita dapat menyebabkan *stunting* 3,6 kali lebih besar dibanding yang memiliki pola asuh baik (Asrar *et al.*, 2008). Bahkan Nabuasa (2011) menyatakan pola asuh yang kurang baik mempunyai risiko 14,5 kali lebih besar untuk menyebabkan *stunting*. Sedangkan Wahdah tahun 2012 menyatakan risiko 5,3 kali lebih besar menyebabkan *stunting* pada anak yang tidak mendapatkan pola asuh yang tidak memadai banyak terjadi pada usia kurang dua tahun sehubungan dengan pemberian asupan gizi yang tidak baik.

Pola asuh ibu terhadap balita dibentuk dari pengetahuan ibu yang diimplementasikan dalam kehidupan sehari-harinya. Pengetahuan didapatkan dari proses pendidikan dan kemampuan mengakses informasi. Oleh karena itu, akses terhadap pendidikan harus ditingkatkan. Salah satunya dengan meningkatkan kesejahteraan dan perekonomian yang rendah merupakan hambatan dalam menempuh pendidikan yang lebih tinggi (Ulfani *et al.*, 2011).

Lingkungan yang sehat dan pelayanan kesehatan yang baik seperti penyediaan air bersih dan sanitasi yang baik pastilah akan dapat mencegah penyakit terutama infeksi yang rentan pada anak-anak (Ricci dan Becker, 1996; Chopra, 2003; Ergin *et al.*, 2007; 2008; Mbuya *et al.*, 2010). Sedangkan Shrimpton dan Kachondham (2003) dan Ramli *et al.* (2009) menyatakan penyediaan pelayanan kesehatan yang pastinya diperlukan untuk pemeriksaan kehamilan sampai pemantauan kesehatan keluarga sehingga kejadian *stunting* bisa dicegah.

3. Faktor yang utama adalah kecukupan asupan makan dan keadaan kesehatan anak.

Asupan gizi anak setelah lahir sampai usia 24 bulan sangat dipengaruhi oleh pemberian Inisiasi Menyusui Dini, ASI Eksklusif dan makanan pendamping ASI. Adanya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi 1 jam kelahiran akan menyukseskan pemberian ASI Eksklusif dan menyelamatkan nyawa bayi (Gupta *et al.*, 2007), seperti juga Ergin *et al.* (2007) pada penelitiannya di Turki dan Mbuya *et al.* tahun 2010 di Zimbabwe menekankan pemberian kolostrum sebagai sumber kekebalan tubuh bagi bayi.

Pemberian ASI Eksklusif dan makanan pendamping ASI yang salah bisa mengakibatkan prevalensi penyakit infeksi yang tinggi (Umata *et al.*, 2003), sebaliknya pemberian ASI Eksklusif sampai umur 6 bulan kemudian dilanjutkan dengan makanan pendamping pada waktu yang tepat akan menurunkan risiko kejadian *stunting* (Adair dan Guilkey, 1997; Ergin *et al.*, 2007). Hasil penelitian Wahdah (2012) juga menyatakan bayi yang tidak diberi ASI Eksklusif akan berisiko 2 kali lebih besar daripada bayi yang diberi ASI Eksklusif. Pada subjek yang awalnya *stunting* dan tidak diberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan akan memiliki risiko 3,7 kali tetap *stunting* (Rahayu, 2011). Penelitian Astari *et al.*, 2006 di Kota Bogor dan Fikree *et al.* tahun 2000 di Pakistan juga menyatakan kontribusi MP-ASI memegang peranan penting terhadap tingkat kecukupan energi dan zat gizi lainnya sehingga akan mempengaruhi pertumbuhan linier anak usia 6-12 bulan.

Asupan gizi yang baik dan didukung oleh sanitasi lingkungan terutama menjaga kebersihannya akan berdampak baik bagi kesehatan, salah satunya pencegahan penyakit infeksi terutama diare yang rentan bagi anak (Adair dan Guilkey, 1997; Fikree *et al.*, 2000; Shrimpton dan Kachondham, 2003; Ergin *et al.*, 2007).

Shrimpton dan Kachondham, tahun 2003 dalam penelitiannya di Republik Korea meneliti faktor yang sebagian besar dipengaruhi oleh perjalanan waktu (*temporal predictors*) berperan sebagai penyebab kejadian *stunting* yaitu status gizi ibu saat hamil seperti ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) yang menggambarkan Kurang Energi Kronik atau KEK. Indeks Massa Tubuh yang menggambarkan penambahan berat badan ibu hamil yang pastinya akan mempengaruhi berat janin nantinya. Selain itu dilihat juga pada kadar Hb ibu, tetapi tidak menunjukkan hubungan yang berarti.

Beberapa penelitian juga melihat pada faktor genetik orang tua terutama tinggi badan yang bisa menyebabkan kejadian *stunting*. Tinggi badan ibu dikaitkan dengan meningkatnya risiko terjadi proses persalinan yang lama/macet sehingga bisa mengakibatkan *fistula*, yaitu keadaan dimana terjadi lubang antara vagina dengan rectum disebut *rectovaginal fistula* atau

antara vagina dengan kandung kemih yang disebut *vesicovaginal fistula*. Sedangkan risiko terhadap antara lain *asfiksia* yaitu kesulitan bernafas sebagai akibat kekurangan oksigen atau terlalu banyak karbondioksida di dalam darah (Achadi, 2010).

Penelitian yang dilakukan Adair dan Guilkey, tahun 1997 di Filipina dan Fikree *et al.* tahun 2000 di Pakistan menyatakan kejadian *stunting* bisa disebabkan oleh tinggi badan ayah dan ibu yang kurang. Rahayu (2011) menyatakan risiko 2,4 kali lebih besar kejadian *stunting* pada umur 6-12 bulan dan perubahan status *stunting* pada umur 3-4 tahun sebesar 2,3 kali daripada ibu yang memiliki tinggi badan normal. Begitu pula Hizni *et al.* (2010) menyatakan tinggi badan ayah ≤ 160 cm akan berisiko 1,52 kali dan ibu yang mempunyai tinggi badan ≤ 150 cm berisiko 2,17 kali lebih besar untuk menyebabkan *stunting* pada anak. Sedangkan Wahdah (2012) menyatakan tinggi badan ayah yang kurang berisiko 8,3 kali dan tinggi badan ibu yang kurang 5,7 kali lebih besar untuk menyebabkan *stunting*.

Mahasiswa Prodi Gizi dan Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada Angkatan 2011 melakukan penelitian payung tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* di Kota Yogyakarta dengan menggali berbagai sumber diantaranya

BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)

Pengertian bayi berat lahir rendah

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR), atau biasa disebut dengan bayi *low birth weight* (LBW) adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram (UNICEF dan WHO, 2004). Sedangkan pada Kementerian Kesehatan Indonesia (2010) dinyatakan BBLR adalah bayi yang baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, yang ditimbang pada saat lahir sampai dengan 24 jam pertama setelah lahir.

Bayi yang lahir dengan BBLR tergolong bayi dengan risiko tinggi, karena angka kesakitan dan kematiannya tinggi. Oleh karena itu pencegahan BBLR adalah penting, yaitu dengan pemeriksaan prenatal yang baik dan memperhatikan kebutuhan gizi ibu. Prognosis pada tumbuh kembang anak pada masa yang akan datang, dikatakan bahwa bayi yang lahir dengan BBLR kurang baik karena pada bayi BBLR telah terjadi retardasi pertumbuhan sejak di dalam kandungan, lebih-lebih jika tidak mendapat perawatan yang baik setelah lahir (Soetjningsih, 1995).

Risiko BBLR terhadap pertumbuhan

BBLR selain meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas pada bayi, juga dapat meningkatkan gangguan belajar, masalah perilaku dan lain sebagainya. BBLR juga mempunyai risiko-risiko medis untuk kehidupan selanjutnya, antara lain lebih sering menderita hipoglikemia, mengalami infeksi dan anomali *congenital*. Berat badan lahir berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak di masa akan datang. Bayi dengan berat lahir rendah akan mengalami gangguan dan belum sempurna pertumbuhan dan pematangan organ/alat tubuhnya, akibatnya bayi dengan berat lahir rendah sering mengalami komplikasi yang berakhir dengan kematian. Bayi Berat Lahir Rendah erat kaitannya dengan kurang gizi selama kehamilan. Selain berdampak pada angka kematian bayi, BBLR juga berdampak pada tingginya kasus gizi kurang dan gizi buruk pada anak balita.

Morbiditas dan mortalitas bayi yang lahir dengan berat lahir rendah lebih tinggi dari pada bayi yang lahir dengan berat badan cukup. Sedangkan akibat jangka panjang terhadap tumbuh kembang anak akan lebih buruk, bila kekurangan gizi terus berlanjut sampai anak berusia dua tahun. Hal ini disebabkan proses proliferasi sel-sel otak masih terus berlangsung sampai umur anak sekitar dua tahun, sehingga berdampak buruk pada struktur dan fungsi otak anak. Akibatnya gangguan bukan hanya pada pertumbuhan fisik anak saja, tetapi juga pada perkembangan intelektual anak di masa mendatang (Soetjningsih, 1995).

Berbagai penelitian diantaranya Ricci dan Becker di Filipina tahun 1996, Chopra di Afrika Selatan tahun 2003 dan Ergin *et al.* di Turki tahun 2007 menyatakan berat badan lahir rendah (BBLR) pada bayi mempunyai risiko lebih besar menyebabkan kejadian *stunting* dibandingkan bayi yang dilahirkan dengan berat badan normal. Adair dan Guilkey (1997) yang meneruskan penelitian Ricci dan Becker di atas menekankan BBLR sebagai penyebab *stunting* paling banyak terjadi pada 6 bulan pertama. Begitu pula dengan penelitian di Indonesia yang dilakukan oleh

Rahayu tahun 2008 di Kota Tangerang menyatakan BBLR sebagai faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada bayi 6-12 bulan. Sedangkan Nabuasa tahun 2011 di Propinsi Nusa Tenggara Timur menyatakan BBLR masih sebagai penyebab *stunting* pada anak usia 24-59 bulan.

KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK)

Definisi kurang energi kronis

Kurang energi kronis merupakan keadaan dimana ibu penderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu. KEK dapat terjadi pada wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil. Kekurangan energi kronis (KEK) adalah keadaan dimana remaja putri/wanita mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun (Chinue, 2009).

Gizi kurang dapat mempengaruhi perkembangan otak dan psikologi anak dan meningkatkan risiko terkena infeksi. Perempuan yang kurang makan (kurang gizi) punya kecenderungan untuk melahirkan anak dengan berat badan rendah, yang punya risiko lebih besar terkena infeksi. Faktor pendidikan, kesehatan dan ekonomi erat kaitannya dengan status gizi masyarakat yang dapat digambarkan terutama pada status gizi anak balita dan wanita hamil. Kualitas bayi yang dilahirkan sangat dipengaruhi oleh keadaan ibu sebelum dan selama hamil (Chinue, 2009).

Faktor risiko KEK

Tingginya angka kurang gizi pada ibu hamil mempunyai kontribusi terhadap tingginya angka BBLR di Indonesia yang diperkirakan mencapai 350.000 bayi setiap tahunnya (Hadi, 2005). Menurut Soekirman *et al.* (2010) kekurangan gizi yang terjadi pada ibu hamil trimester I dapat mengakibatkan janin mengalami kematian dan bayi berisiko lahir prematur. Jika kekurangan gizi terjadi pada trimester II dan III, janin dapat terhambat pertumbuhannya dan tak berkembang sesuai dengan umur kehamilan ibu.

Makan makanan yang bervariasi dan cukup mengandung kalori dan protein termasuk makanan pokok seperti nasi, ubi dan kentang setiap hari dan makanan yang mengandung protein seperti daging, ikan, telur, kacang-kacangan atau susu sekurang-kurangnya sehari sekali. Pemberian makanan tambahan dan zat besi pada ibu hamil yang menderita KEK dan berasal dari keluarga miskin (Gakin) dapat meningkatkan konsentrasi Hb walaupun besar peningkatannya tidak sebanyak ibu hamil dengan status gizi baik. Pada ibu hamil yang menderita KEK dan dari Gakin masih membutuhkan intervensi tambahan agar dapat menurunkan prevalensi anemia sampai ke tingkat yang paling tinggi (Chinue, 2009).

ANEMIA GIZI

Anemia gizi disebabkan oleh kekurangan zat gizi yang berperan dalam pembentukan hemoglobin, baik karena kekurangan konsumsi atau karena gangguan absorpsi. Zat gizi yang bersangkutan adalah besi, protein, piridoksin (vitamin B6) yang berperan sebagai katalisator dalam sintesis hem di dalam molekul hemoglobin, vitamin C yang mempengaruhi absorpsi dan pelepasan besi dari transferin ke dalam jaringan tubuh, dan vitamin E yang mempengaruhi stabilitas membran sel darah merah (Almatsier, 2009).

Sebagian besar penyebab anemia di masyarakat adalah kekurangan zat besi yang diperlukan untuk pembentukan hemoglobin, sehingga disebut anemia kekurangan besi atau anemia gizi besi. Penyebab kekurangan zat besi sehingga mengakibatkan anemia gizi besi yaitu:

1. Rendahnya bioavailabilitas zat besi yang dikonsumsi, hal ini berkaitan dengan rendahnya konsumsi makanan yang dapat meningkatkan absorpsi zat besi dan tingginya konsumsi makanan yang dapat menghambat absorpsi zat besi
2. Tidak cukupnya jumlah asupan zat besi dari makanan dibandingkan dengan kebutuhannya
3. Meningkatnya kebutuhan pada saat-saat tertentu seperti saat hamil, saat pertumbuhan cepat pada masa anak-anak dan remaja
4. Kehilangan darah karena menstruasi dan melahirkan, sering melahirkan dalam jarak pendek, adanya parasit cacing, infeksi.

Menurut Husaini (1989), penyebab terjadinya anemia terdiri dari penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab tidak langsung adalah ketersediaan zat besi dalam makanan rendah, praktek pemberian makanan yang kurang baik, tingkat sosial ekonomi rendah, komposisi makanan kurang beragam, terdapatnya zat yang dapat menghambat penyerapan zat besi, pertumbuhan fisik, kehamilan dan menyusui, perdarahan, parasit, infeksi, dan pelayanan kesehatan yang memadai. Penyebab langsung penyebab terjadinya anemia adalah jumlah zat besi pada makanan tidak cukup, penyerapan zat besi rendah, meningkatnya kebutuhan zat besi dan faktor kehilangan darah.

Ibu hamil yang terpapar anemia mengakibatkan berkurangnya suplai oksigen ke sel tubuh maupun otak sehingga menimbulkan gejala-gejala letih, lesu, cepat lelah dan gangguan nafsu makan, sehingga berdampak kepada keadaan gizi ibu, yang tercermin dalam berat badannya. Bila hal ini terjadi pada saat trimester III, maka risiko melahirkan prematur ataupun BBLR 3,7 kali lebih besar dibandingkan ibu hamil trimester III non anemia (Hidayati *et al.*, 2005). Rachmawati pada tahun 2006 dalam penelitiannya di Aceh Besar pasca tsunami tahun 2004 juga menyatakan ibu hamil yang anemia mempunyai resiko 3,74 kali lebih besar untuk melahirkan bayi dengan BBLRi.

INISIASI MENYUSU DINI (IMD)

Definisi inisiasi menyusui dini

Inisiasi menyusui dini atau *early latch on/breast crawl* adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir, yaitu dalam waktu 60 menit pertama setelah bayi lahir. Setiap bayi yang baru lahir mempunyai kemampuan untuk mulai menyusui sendiri dan menemukan puting susu ibunya, asalkan segera setelah lahir bayi tersebut diletakkan di atas dada ibu dan terjadi kontak kulit bayi dengan kulit ibu atau *skin to skin contact* (UNICEF, 2007).

Segara setelah lahir dibiarkan bayi menyusui sendiri, terutama dalam 1 jam pertama, karena bayi baru lahir sangat aktif dan setelah itu bayi akan mengantuk dan tertidur. Proses ini disebut IMD (Hegar *et al.*, 2008). Bayi baru lahir sebaiknya tidak dipisahkan dari ibu, akan tetapi segera diletakkan di dada ibu. Bayi hanya dilap dan tidak dimandikan. Semua tindakan invasif bayi, seperti suntikan vitamin K dan pemberian tetes mata untuk mencegah *gonorrhoe* yang umumnya diberikan setelah bayi lahir dapat ditunda setidaknya selama satu jam sampai bayi dapat menyusui sendiri (Cunningham *et al.*, 2005).

Pada umumnya masyarakat dan tenaga kesehatan berpendapat bahwa untuk mendapatkan ASI yang pertama kali, mereka harus membantu bayi dengan cara memasukkan puting susu ke mulut bayi (menyusui). Padahal bayi yang baru saja dilahirkan belum siap untuk menyusui, sehingga saat pertama kali ibu menyusui bayinya, maka sering kali bayi tersebut hanya melihat atau menjilat puting susu saja, bahkan kadang menolak tindakan menyusui ini. Bayi tersebut bukan tidak mau menyusui tetapi hanya bayi tersebutlah yang bisa menentukan kapan ia telah siap untuk menyusui. Oleh karena itu ibu dan petugas kesehatan tidak perlu memaksa atau menyusui bayi dengan memasukkan puting susu ke mulut bayi, tapi biarkan bayi tersebut menyusui dengan sendirinya melalui proses IMD (UNICEF, 2007).

Manfaat inisiasi menyusui dini

Bayi yang melakukan IMD akan mendapatkan ASI yang pertama kali keluar (kolostrum). Cairan kuning ini disebut juga dengan *gift of life* karena kolostrum ini mengandung sekretori IgA dengan kadar hingga 5000 mg/dl, kadar ini cukup untuk melapisi permukaan saluran cerna bayi terhadap berbagai bakteri patogen dan virus. Kolostrum akan membuat lapisan yang melindungi dinding usus bayi yang masih belum matang, sekaligus mematangkan dinding usus tersebut. Selain itu kolostrum mengandung lebih dari 50 proses pendukung perkembangan imunitas termasuk faktor pertumbuhan dan perbaikan jaringan. Bayi yang diberi kesempatan untuk IMD mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mendapat kolostrum dibandingkan bayi yang tidak diberi kesempatan untuk IMD (Hegar *et al.*, 2008).

Ketika bayi merangkak mencari puting susu ibunya, bayi akan memindahkan bakteri dari kulit ibunya karena bayi akan menjilat-jilat kulit ibunya dan menelan bakteri yang berada di kulit ibu. Bakteri ini akan berkembang biak membentuk koloni di kulit dan usus bayi, menyaingi bakteri jahat dari lingkungan. Selain itu pada saat bayi merangkak mencari payudara, dada ibu akan

menghangatkan badan bayi dengan cepat. Cara ini akan menurunkan angka kematian bayi karena kedinginan/*hypotermia* (UNICEF, 2007).

ASI EKSKLUSIF

ASI eksklusif atau lebih tepat pemberian ASI secara eksklusif adalah adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan minuman lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi dan tim. Pemberian makanan padat yang terlalu dini dapat mengganggu pemberian ASI eksklusif serta meningkatkan angka kesakitan pada bayi. Pemberian ASI eksklusif akan memenuhi kebutuhan awal bayi untuk tumbuh kembang secara optimal baik fisik, kepandaian, emosional, spiritual maupun sosialisasinya (Roesli, 2000).

Penelitian kualitatif oleh Afifah terhadap 12 subjek menunjukkan bahwa hanya ada satu subjek yang berhasil memberikan ASI secara eksklusif pada bayinya, yaitu ibu yang melahirkan dengan bantuan bidan. Subjek ternyata telah terbiasa menyusui anaknya, dari yang pertama hingga yang ketiga. Pendidikan subjek rendah, hanya lulusan SD namun mau mengikuti anjuran pemerintah dan mau meninggalkan kebiasaan yang dapat membahayakan kesehatan anaknya. Selain itu faktor penghasilan keluarga juga sangat mendukung subjek dapat memberikan ASI eksklusif. Keluarga tidak memiliki penghasilan karena suami subjek telah di PHK. Jadi mereka tidak memiliki biaya untuk membeli susu formula. Sebelas subjek lainnya gagal memberikan ASI eksklusif karena sebagian besar telah memberikan prelaktal dan MP-ASI yang terlalu dini. Prelaktal berupa susu formula diberikan pada bayi yang dilahirkan di BPS, RB, RS dengan bantuan bidan dan di rumah dengan bantuan dukun bayi. Jadi perbedaan tempat bersalin maupun penolong persalinan tidak mempengaruhi berhasil atau gagalnya praktik pemberian ASI eksklusif (Afifah, 2007).

Faktor pendorong (*predisposing factors*) gagalnya pemberian ASI eksklusif adalah kurangnya pengetahuan subjek tentang ASI eksklusif dan adanya ideologi makanan yang non-eksklusif, sehingga tidak muncul motivasi yang kuat dari subjek untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya. Faktor pemungkin (*enabling factors*) gagalnya pemberian ASI eksklusif adalah kurangnya penyuluhan atau pengarahan tentang ASI eksklusif dari Posyandu, Puskesmas, maupun pertemuan PKK dan fasilitas rawat gabung di BPS/RB/RS yang tidak berjalan semestinya karena masih ada pemberian susu formula sebagai prelaktal. Faktor penguat (*reinforcing factors*) gagalnya pemberian ASI eksklusif adalah kurangnya penyuluhan atau pengarahan dari bidan seputar menyusui saat memeriksakan kehamilan, anjuran dukun bayi untuk memberikan madu dan susu formula sebagai prelaktal, dan kuatnya pengaruh ibu (nenek) dalam pengasuhan bayi secara non-ASI eksklusif. Faktor penghambat pemberian ASI eksklusif adalah keyakinan dan praktik yang keliru tentang makanan bayi, promosi susu formula yang sangat gencar, dan masalah kesehatan ibu dan bayi. Keseluruhan faktor kegagalan ini bersifat struktural dan kultural sehingga menuntut strategi penanggulangan yang komprehensif (Afifah, 2007).

MAKANAN PENDAMPING ASI

Pengertian Makanan Pendamping ASI

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) adalah makanan atau minuman bergizi yang diberikan kepada bayi selain ASI mulai usia 6-24 bulan untuk memenuhi kebutuhan gizinya. MP-ASI merupakan makanan yang diindikasikan sebagai proses transisi asupan susu murni pada anak ke makanan setengah padat.

WHO (1998), menjelaskan bahwa pemberian MP-ASI sangat diperlukan untuk menjaga pertumbuhan anak sekaligus memperkenalkan bayi dengan makanan keluarga. Selain untuk memenuhi kebutuhan bayi terhadap zat-zat gizi, pemberian makanan tambahan merupakan salah satu proses pendidikan dimana bayi diajar mengunyah dan menelan makanan padat dan membiasakan selera-selera baru. Tujuan dari pemberian MP-ASI adalah sebagai berikut : 1). melengkapi zat-zat gizi yang kurang karena kebutuhan zat-zat gizi yang semakin meningkat dengan sejalan dengan bertambahnya umur bayi/anak. 2). mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima bermacam-macam makanan dengan berbagai bentuk, tekstur dan rasa. 3).

melakukan adaptasi terhadap makanan yang mengandung kadar energi yang tinggi. 4). mengembangkan kemampuan untuk mengunyah dan menelan.

Waktu dan Frekuensi Memulai Makanan Pendamping ASI

Pada usia 6 bulan secara bertahap bayi mulai diperkenalkan makanan bubur, semi padat dan bertahap ke makanan padat. Pada usia 8 bulan umumnya bayi sudah bisa memakan makanan ringan yang bisa dikonsumsi oleh anak, hindari pemberian makanan yang dapat membuat bayi tersedak atau tersangkut ditenggorokan seperti kacang-kacangan. Pada usia 12 bulan anak mulai diperkenalkan pada makanan keluarga. Seiring dengan bertambahnya umur anak maka frekuensi makanan pendamping ASI juga harus ditingkatkan untuk memenuhi asupan gizi. Frekuensi makanan pendamping ASI yang diberikan pada anak usia 6-23 bulan yaitu jumlah kali anak/bayi menerima makanan padat, semi padat, atau makanan lunak. Indikator digunakan dari dua kelompok yaitu: anak-anak usia 6-23 bulan masih mendapat susu yang menerima makanan padat, semi padat, atau makanan lunak dalam sehari dikelompokkan dalam tingkatan umur yaitu : 6-8 bulan minimal 2 kali sehari, anak usia 9-23 bulan minimal 3 kali sehari. Untuk anak usia 6-23 bulan yang tidak mendapatkan susu minimal 4 kali sehari menerima makanan padat, semi padat atau makanan lunak (WHO, 2007).

POLA ASUH ORANGTUA

Pola asuh adalah pola pendidikan yang diberikan oleh orangtua kepada anak-anaknya. Setiap anak membutuhkan cinta, kasih sayang dan perhatian orangtua yang akan berdampak terhadap perkembangan fisik, mental dan emosionalnya. Kasih sayang dari orangtua ini merupakan pondasi utama kehidupan bagi anak dan menimbulkan rasa aman bagi anak (Anon, 2007).

Menurut Husaini (2008), pola asuh didefinisikan sebagai perilaku yang dipraktikkan oleh pengasuh (ibu, bapak, nenek ataupun orang lain) dalam memberikan makanan, pemeliharaan kesehatan, memberikan stimulasi dan dukungan emosional yang dibutuhkan anak untuk tumbuh kembang. Juga di dalamnya termasuk kasih sayang dan perhatian yang diberikan oleh orangtua.

Hasil penelitian Asrar *et al.* (2009) pada balita Suku Naulu menyimpulkan bahwa pola asuh yang kurang pada balita dapat menyebabkan *stunting* 3,6 kali lebih besar dibanding yang memiliki pola asuh baik. Sedangkan menurut penelitian Christin (2011) di Kecamatan Biboki Utara Kabupaten Timur Tengah Utara bahwa anak yang riwayat pola asuhnya kurang baik berisiko mengalami *stunting* 14,5 kali dibanding anak yang memiliki riwayat pola asuh baik.

KONSUMSI ROKOK

Rokok

Rokok mengandung lebih dari 4.000 bahan kimia dan lebih dari 15 diketahui atau diduga sebagai karsinogenik dengan beberapa iritan yang potensial. Bahan kimia berbahaya yang terdapat di dalam rokok menurut Shafey *et al.* (2009) mengandung aseton biasa ditemukan dalam pelarut cat, asetilen (api pengelas), arsenic (racun semut), benzene (napal/bensin kental), butane (bahan bakar lampu), cadmium (baterai), karbon monoksida (asap mobil), DDT (insektisida), formaldehid (cairan balsam), hydrogen sianida (capital punishment oleh gas), timbale (cat, bahan bakar dengan timbale), methanol (bahan bakar roket), nikotin (racun kecoa), fenol (disinfektan toilet), polonium 210 (senjata nuklir), propylene glikol (zat anti beku), toluene (pelarut dalam industri), vinyl klorida (plastik).

Tembakau adalah karsinogen adiktif yang secara langsung dapat membunuh penggunanya sendiri, ataupun orang yang berada di dekatnya yang tidak merokok. Tidak ada bentuk aman dari tembakau dan tidak ada level aman paparan pada perokok pasif. Terdapat lebih banyak toksik per unit tembakau pada asap sidestrea dibandingkan dengan asap mainstream. *Sidestream* adalah komponen mayor yang dihirup oleh perokok pasif. Setidaknya 15 zat kimia karsinogenik diidentifikasi berada pada perokok pasif. Merokok dan paparan pada perokok pasif memaksakan risiko bahaya yang luar biasa besarnya pada wanita hamil, bayi dan anak-anak. Merokok pada masa hamil memberikan bahaya pada kesehatan ibu, meningkatkan potensi letal pada janin dan bayi, dan mengarah pada gangguan kesehatan dan perkembangan jangka panjang pada anak yang terpapar. Orang bukan perokok yang terpapar asap rokok dapat mengalami kerusakan

kardiovaskuler dan pernafasan dalam jangka pendek. Efek jangka panjang dari paparan rokok pasif termasuk kanker paru dan penyakit jantung (Shafey *et al.*, 2009).

Perokok menghabiskan biaya yang sangat besar untuk produk yang akan merusak kesehatan dan keamanan finansial. Sumber tersebut seharusnya dapat digunakan untuk kebutuhan dasar manusia seperti pangan pemukiman, sandang, pelayanan kesehatan dan pendidikan. Perokok dan keluarganya mengalami kerugian ekonomi yang sangat parah bila mereka menjadi cacat atau meninggal akibat penyakit yang berhubungan dengan tembakau sebab 25% perokok meninggal dan lebih banyak lagi menjadi sakit pada tahun-tahun paling produktif mereka, kerugian menjadi sangat substansial. Sebagai tambahan, anggota keluarga sering mengalokasikan waktunya dan sumber daya yang langka untuk merawat keluarga yang sakit atau meninggal akibat rokok (Shafey *et al.*, 2009).

Penelitian Semba *et al.* (2007), di Indonesia menemukan bahwa terdapat 73,8% ayah yang merokok dalam rumah tangga, dengan persentase pengeluaran untuk tembakau sebesar 22% dari seluruh pengeluaran per minggu. Keluarga dengan ayah yang merokok juga menggunakan lebih kecil proporsi pengeluarannya untuk bahan makan hewani, buah dan sayur, beras dan seralia, makanan ringan dan makan bayi, gula dan minyak serta mie instan jika dibanding dengan keluarga tanpa ayah yang merokok. Ayah yang merokok mengalihkan penggunaan uang dari kebutuhan dasar dan meningkatkan risiko anak dengan malnutrisi di daerah pedesaan (Shavey *et al.*, 2009).

Di Indonesia, penggunaan tembakau berkontribusi cukup besar pada beban kesehatan. Satu dari dua perokok jangka panjang, meninggal karena kebiasaan tersebut, dan separuh kematian terjadi dalam usia produktif ekonomi. Merokok bukan hanya berpengaruh pada biaya-biaya perawatan kesehatan, namun juga menurunkan produktifitas kerja. Kelompok miskin adalah yang paling dirugikan karena penggunaan tembakau. Pada 2001, penduduk termiskin menggunakan 9,1% dari pengeluaran bulanan untuk tembakau, dibandingkan 7,5% pada kelompok kaya. Persentase pengeluaran untuk tembakau pada kelompok penduduk miskin melebihi pengeluaran untuk kesehatan dan pendidikan yang hanya sebesar 2,5% (pedesaan) dan 5,9% (perkotaan). Pengeluaran untuk rokok, seharusnya bisa digunakan untuk mencukupi asupan gizi keluarga. Belanja produk tembakau yang lebih banyak daripada pengeluaran untuk makanan mempunyai dampak yang sangat besar pada kesehatan dan gizi keluarga miskin (RANPG 2006-2010).

Kaitan Rokok dengan *Stunting*

Secara Nasional, rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap tiap hari oleh lebih dari separuh (52,3%) perokok adalah 1-10 batang dan sekitar 20 persen sebanyak 11-20 batang per hari. Penduduk yang merokok 1-10 batang per hari paling tinggi dijumpai di Maluku (69,4%), disusul oleh Nusa Tenggara Timur (68,7%), Bali (67,8%), DI Yogyakarta (66,3%), dan Jawa Tengah (62,7%). Perilaku merokok dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain, cenderung meningkat dengan semakin meningkatnya umur. Prevalensi perokok dalam rumah lebih banyak pada laki-laki, berstatus kawin, tinggal di pedesaan, dengan pendidikan rendah yaitu tidak tamat dan tamat SD. Menurut pekerjaan, prevalensi perokok dalam rumah ketika bersama anggota keluarga lebih banyak yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh diikuti wiraswasta dan ayang tidak bekerja, dan cenderung meningkat dengan meningkatnya status ekonomi (Riskesdas, 2010).

Penghasilan keluarga merupakan faktor yang mempengaruhi secara langsung terhadap status gizi. Penghasilan keluarga mempengaruhi mutu fasilitas perumahan, penyediaan air bersih dan sanitasi yang pada dasarnya sangat berperan terhadap timbulnya penyakit infeksi, terutama infeksi saluran nafas dan saluran pencernaan. Selain itu penghasilan keluarga akan menentukan daya beli keluarga termasuk makanan tersedia atau tidaknya makanan dalam keluarga akan menentukan kualitas dan kuantitas bahan makanan yang dikonsumsi oleh anggota keluarga yang sekaligus mempengaruhi asupan zat gizi (Prawirohartono, 2000).

AKIBAT JANGKA PANJANG *STUNTING*

Stunting berhubungan dengan perkembangan kognitif yang buruk di masa kecil dan masa remaja, tertunda masuk ke sekolah, tahun pendidikan yang kurang, penurunan produktivitas, dan defisit postur ketika dewasa. *Stunting* masa kanak-kanak berhubungan dengan keterlambatan perkembangan motorik dan IQ lebih rendah. Anak *stunted* lebih terhambat dibandingkan *non-*

stunted perkembangannya. Di sekolah mereka memiliki nilai lebih rendah dan kemampuan kognitif sangat kurang. Sesudah gagal tumbuh selama 3 tahun pertama, anak dari negara miskin tumbuh pada tingkat yang sama dengan anak dari negara-negara kaya. Tidak ada definisi yang ditetapkan untuk "mengejar pertumbuhan". Hal ini dapat merujuk pada percepatan pertumbuhan atau pemulihan parsial atau lengkap dari *stunting* (Crookston *et al.*, 2009).

Stunting merupakan salah satu masalah gizi bayi dan balita. *Stunting* menggambarkan kegagalan pertumbuhan yang terakumulasi sejak sebelum dan sesudah kelahiran yang diakibatkan oleh tidak tercukupinya asupan zat gizi. Kejadian *stunting* pada balita akan mempengaruhi kondisi balita pada periode siklus kehidupan berikutnya (*intergenerational impact*). Grantham-McGregor *et al.* (2009) memaparkan beberapa penelitian longitudinal yang berkaitan dengan dampak *stunting* pada balita, antara lain:

1. Di Pakistan dan Guatemala, pertumbuhan yang terhambat dapat memprediksi umur bayi dapat berjalan
2. *Stunting* pada umur 24 bulan berkaitan dengan kemampuan kognitif anak umur 9 tahun di Peru
3. *Stunting* pada umur 24 bulan berkaitan dengan kecerdasan anak umur 8 dan 11 tahun, umur masuk sekolah, prestasi belajar, dan *drop out* dari sekolah di Filipina
4. *Stunting* pada umur kurang dari 24 bulan berkaitan dengan kemampuan kognitif dan prestasi sekolah pada umur 17-18 tahun, serta *drop out* dari sekolah
5. *Stunting* pada umur 72 bulan berkaitan dengan kemampuan kognitif, melek huruf, kemampuan berhitung, dan pengetahuan umum pada remaja, serta kemampuan kognitif pada rentang umur 25-42 tahun.

UPAYA-UPAYA PENCEGAHAN STUNTING

Untuk menginisiasi penanganan gizi buruk dan anak pendek di Indonesia, Program Pangan PBB (WFP) bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan membuat peta kerawanan dan ketahanan pangan di Indonesia melalui riset kesehatan dasar tahun 2010. Peta itu mengungkapkan, kasus tertinggi gizi buruk ditemukan di kawasan timur Indonesia. "Sebanyak 7,7 juta anak di bawah lima tahun (35,6 persen) mengalami *stunting*," kata Presiden Direktur WFP. Data inilah yang menjadi gambaran hasil Riskesdas 2010.

Menurut Fasli Jalal, Guru Besar Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang untuk menekan kasus *stunting* anak balita, perlu diperhatikan kecukupan gizi anak balita pada 1.000 hari pertama kehidupan (HPK) yaitu 270 hari selama kehamilan dan 730 hari dari kelahiran sampai usia 2 tahun. Selama ini mengatasi gizi buruk difokuskan pada bayi sejak dilahirkan hingga berusia lima tahun. Padahal, periode emas adalah saat anak masih dalam kandungan hingga usia dua tahun. Karena itu, perlu perubahan paradigma dalam penanganan gizi buruk. Hal ini yang mendasari penyiapan Gerakan 1.000 HPK di Indonesia. Pencanangan secara nasional berdasarkan Peraturan Presiden dan melibatkan 11 kementerian.

Pemerintah sendiri sudah mencanangkan sasaran pembangunan pangan dan gizi dalam RPJMN 2010-2014 dan RAN-PG 2011-2015 adalah menurunkan prevalensi kekurangan gizi pada balita, termasuk *stunting*. Beberapa program dan kegiatan pembangunan nasional telah dilakukan untuk mendukung sasaran tersebut. Seiring dengan hal tersebut, gerakan perbaikan gizi dengan fokus terhadap kelompok 1000 hari pertama kehidupan pada tataran global disebut *Scaling Up Nutrition* (SUN) dan di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan dan disingkat Gerakan 1000 HPK).

SUN (*Scaling Up Nutrition*) Movement merupakan upaya global dari berbagai negara dalam rangka memperkuat komitmen dan rencana aksi percepatan perbaikan gizi, khususnya penanganan gizi sejak 1.000 hari dari masa kehamilan hingga anak usia 2 tahun. Gerakan ini merupakan respon negara-negara di dunia terhadap kondisi status gizi di sebagian besar negara berkembang dan akibat kemajuan yang tidak merata dalam mencapai Tujuan Pembangunan Milenium/MDGs (Goal 1).

Tiga elemen dari Gerakan 1000 HPK adalah: (i) Aksi pada tingkat Nasional. Untuk itu diperlukan kepemimpinan yang kuat, berdasarkan atas data epidemiologi gizi, dan kapasitas untuk menangani masalah gizi. (ii) Didasarkan atas bukti yang nyata dan intervensi yang cost-effective. (iii) Pendekatan bersifat multisektor dengan prinsip kemitraan dalam hal jaminan

ketahanan pangan, proteksi sosial, kesehatan, pendidikan, air bersih dan sanitasi, kesetaraan gender, dan tata kelola Pemerintahan yang baik.

Dalam Gerakan 1000 HPK ditekankan pentingnya kemitraan dengan berbagai pihak atau pemangku kepentingan untuk mengatasi masalah gizi. Program perbaikan gizi tidak hanya menjadi tanggungjawab dan dilakukan oleh pemerintah, tetapi perlu melibatkan berbagai pemangku kepentingan yang terdiri dari Kementerian dan Lembaga, dunia usaha, mitra pembangunan internasional, lembaga sosial kemasyarakatan, dan didukung oleh organisasi profesi, perguruan tinggi, serta media.

Jenis Kegiatan yang dilakukan berupa Intervensi Spesifik dan Intervensi Sensitif.

1. Intervensi spesifik

Tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK. Kegiatan ini pada umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan. Intervensi spesifik bersifat jangka pendek, hasilnya dapat dicatat dalam waktu relatif pendek.

Jenis-jenis intervensi gizi spesifik yang *cost efektif* adalah sebagai berikut :

- Ibu Hamil dengan pemberian suplementasi besi folat, pemberian makanan tambahan pada ibu hamil KEK, penanggulangan kecacingan pada ibu hamil, pemberian kelambu berinsektisida dan pengobatan bagi ibu hamil yang positif malaria
- Kelompok 0 – 6 Bulan dengan promosi menyusui (konseling individu dan kelompok)
- Kelompok 7 – 23 Bulan dengan promosi menyusui, KIE perubahan perilaku untuk perbaikan MP – ASI, suplementasi Zink untuk manajemen diare, pemberian obat cacing, fortifikasi besi, pemberian kelambu berinsektisida dan malaria

2. Intervensi Sensitif

Berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk 1000 HPK. Namun apabila direncanakan secara khusus dan terpadu dengan kegiatan spesifik, dampaknya sensitif terhadap keselamatan proses pertumbuhan dan perkembangan 1000 HPK. Dampak kombinasi dari kegiatan spesifik dan sensitif bersifat langgeng ("*sustainable*") dan jangka panjang.

Intervensi gizi sensitif meliputi penyediaan air bersih dan sanitasi, ketahanan pangan dan gizi, Keluarga Berencana, Jaminan Kesehatan Masyarakat, Jaminan Persalinan Dasar, fortifikasi pangan, pendidikan gizi masyarakat, intervensi untuk remaja perempuan dan pengentasan kemiskinan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Stunting atau gangguan pertumbuhan merupakan dampak dari masalah gizi kurang yang terjadi pada anak-anak di negara berkembang. *Stunting* disebabkan oleh akumulasi episode stress yang berlangsung lama (misalnya infeksi dan asupan makanan yang buruk) yang kemudian tidak terimbangi oleh *catch-up growth* (kejar tumbuh). Hal ini mengakibatkan menurunnya pertumbuhan apabila dibandingkan dengan anak-anak yang tumbuh dalam lingkungan yang mendukung. *Stunting* mengindikasikan masalah kesehatan masyarakat karena berhubungan dengan meningkatnya resiko morbiditas dan mortalitas, penurunan perkembangan fungsi motorik dan mental serta mengurangi kapasitas fisik. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* antara lain adalah keadaan gizi ibu saat hamil, status BB bayi saat lahir, mendapatkan IMD atau tidak, pemberian ASI Eksklusif, MP-ASI, dan pola asuh orang tua serta pengaruh rokok di lingkungan keluarga.

Selama ini mengatasi gizi buruk difokuskan pada bayi sejak dilahirkan hingga berusia lima tahun. Padahal, periode emas adalah saat anak masih dalam kandungan hingga usia dua tahun. Karena itu, perlu perubahan paradigma dalam penanganan gizi buruk. Oleh karena itu pemerintah melaksanakan Program Percepatan Perbaikan Gizi dengan Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan. Selain itu diharapkan penelitian-penelitian lanjutan tentang *stunting* dengan melihat situasi dan kondisi daerah dilaksanakan secara berkesinambungan demi mencegah dampak buruk yang berakibat panjang bagi generasi penerus bangsa.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadi, E.L., 2010. Gizi Ibu dan Kesehatan Reproduksi dalam Gizi dan Kesehatan Masyarakat, FKM UI, Rajawali Press, Jakarta.
- Administrative Committee on Coordination/Sub-Committee on Nutrition atau ACC/SCN, 2000. 4th Report – The World Nutrition Situation : Nutrition throughout the Life Cycle. Geneva.

- Adair, L.S. & Guilkey, D.K, 1997. Age-specific Determinants of Stunting in Filipino Children. *J Nutr*, 127(2): 314-320.
- Almatsier, S, 2009. Prinsip Dasar Ilmu Gizi, Gramedia Pustaka Ilmu, Jakarta
- Asrar, M., Hadi, H dan Boediman, D, 2008. Hubungan Pola Asuh, Pola Makan, Asupan Zat Gizi dengan Status Gizi Anak Balita Masyarakat Suku Naulu Di Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah Propinsi Maluku. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*.6 (2) : 84 – 94.
- Astari, L.D., Nasoetion, A dan Dwiriani, C. M, 2006. Hubungan Konsumsi ASI dan MP-ASI serta Kejadian Stunting Anak Usia 6-12 bulan di Kabupaten Bogor, *Media Gizi dan Keluarga*, Juli 2006, 30(1): 15-23.
- Barker DJP, 2007. Introduction : The Window of Opportunity. *Journal Nutrition* ; 137 : 1058-9.
- Black R.E., Allen LH., Bhutto ZA., de Onis M., Ezzati M., Mathers C. and Rivera J, 2008. Maternal and Child Undernutrition Study Group. *Lancet* ; 371 : 243-60
- Chinue, 2009. Makalah KEK [internet]. Tersedia dalam <http://askep-askeb.cz.cc/2010/02/kurang-energi-kronis-kek-pada-ibu-hamil.html/120810/www.google.com> [diakses 10 Juni 2010]
- Cogill, B, 2003. Antropometric Indicators Measurement Guide. Washington, DC: Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA) project.
- Crookston BT, Mary E. Penny, Stephen C. Alder, Ty T. Dickerson, Ray M. Merrill,6 Joseph B. Stanford, Christina A. Porucznik, and Kirk A. Dearden. Children who recover from early stunting and children who are not stunted demonstrate similar levels of cognition. *American Society for Nutrition, The Journal of Nutrition* 2009; 139: 2006-2011.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Gilstrap III, L.C. & Wenstrom., K.D, 2005. *Williams Obstetrics. Twenty-Second Edition*. McGraw-Hill Companies, Inc, USA
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2011. Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2010-2014, Dirjen Binkesmas.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2010. Profil Kesehatan Indonesia 2010, Jakarta.
- Ergin, F., Okyay, P., Atasoylu, G and Beser, E (2007) Nutritional Status and Risk Factors of Chronic Malnutrition in Children Under Five Years of Age in Aydin, a Western City of Turkey, *The Turkish Journal of Pediatrics*, 49: 283-9.
- Gupta, A, 2006. Initiating Breastfeeding within one hour of birth : A scientific brief. Family and Reproductive health, Division of Child Health an Development. Geneva: WHO.
- Hadi H, 2005. Beban ganda masalah gizi dan implikasinya terhadap kebijakan pembangunan kesehatan nasional disampaikan sebagai Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar di depan Rapat Terbuka Majelis Guru Besar UGM, Yogyakarta
- Hegar, B., Suradi, R., Hendarto, A., & Pratiwi I.G.A, 2008. Bedah ASI. *Ikatan Dokter Anak Indonesia*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Heningham, H.B and Grantham-Mc Gregor, S, 2009. *Gizi dan Perkembangan Anak dalam Gizi Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.
- Hidayati M, Hadi H dan Susilo J, 2005. Kurang energi kronis dan anemia ibu hamil sebagai faktor resiko kejadian berat bayi lahir rendah di kota Mataram propinsi Nusa Tenggara Barat. *Sains Kesehatan.*, 18 (4) : 483-9.
- Hizni, A., Julia, M dan Gamayanti, I.L, 2010. Status Stunted dan Hubungannya dengan Perkembangan Anak Balita di Wilayah Pesisir Pantai Utara Kecamatan Lemawungkuk Kota Cirebon, *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*; Vol. 6, No. 3, Maret 2010 :131-7.
- Husaini, M.A, 1989. *Study Nutritional Anemia an Assesment Information of Information Compilation for Supporting and Formulating National Policy and Program*. Depkes RI, Jakarta
- Husaini, S. P, 2007. Peranan Gizi dan Pola Asuh dalam Meningkatkan Kualitas Tumbuh Kembang Anak. Tersedia dalam : <http://whandi.net> (di akses Mei 2012).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas) 2010, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas) 2013, Jakarta.
- Kusharisupeni, 1997. Peran Status Kelahiran terhadap Stunting pada Bayi : Sebuah Studi Prospektif, *Jurnal Kedokteran Trisakti*, 23(3): 73–80.
- Mbuya, Md. N.N., Chidem, M., Chasekwa, B and Mishra, V, 2010. Biological, Social and Environmental Determinants of Low Birth Weight and Stunting among Infants and Young Children in Zimbabwe. *Zimbabwe Working Papers*: February 2010, No.7.

- Milman, A., Frongillo, E. A., Onis, M., and Hwang J-Y, 2005., Differential Improvement among Countries in Child Stunting is Associated with Long-Term Development and Specific Interventions, *The Journal of Nutrition*.
- Nabuasa CD, 2011. Hubungan Riwayat Pola Asuh Pola Makan, dan Asupan Zat Gizi Terhadap Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan di Kecamatan Biboki Utara Kabupaten Timor Tengah Utara Propinsi Nusa Tenggara Timur. Tesis, UGM, Yogyakarta.
- Pedoman Perencanaan Program Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan, Republik Indonesia, 2013
- PAHO, 2001. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington, D.C: PAHO.
- Prawirohartono, E.P, 2000. Status Gizi. Edisi ke-5. Pusat Informasi Makanan Sehat Instalasi Gizi RSUP Dr. Sardjito. Yogyakarta.
- Rachmawati, 2006. Anemia Ibu Hamil sebagai Faktor Risiko Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Kabupaten Aceh Besar Pasca Tsunami 2004, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. Tidak dipublikasikan.
- Rahayu, L.S,2011. Hubungan Tinggi Badan Orang Tua Dengan Perubahan Status Stunting Dari usia 6-12 bulan ke usia 3-4 tahun, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. Tidak dipublikasikan.
- Ramli, Agho, K.E., Inder, K.J., Bowe, S.J., Jacobs, J., and Dibley, M.J, 2009. Prevalence and Risk Factors for Stunting and Severe Stunting among under-fives in North Maluku Province of Indonesia. *Biomed Central (BMC) Pediatrics*, 9:64, 1471-2431
- Ricci, J.A and Becker, 1996. Risk Factors for Wasting and Stunting Among Children in Metro Cebu, Philippines, *Am. J. Clin. Nutr* 63 : 966-75
- Ruji M, 2009. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Kabupaten Kotawaringin Timur. Tesis, UGM, Yogyakarta. Tidak dipublikasikan.
- Roesli U, 2000. Mengenal ASI Eksklusif, Gramedia, Jakarta.
- Shavey, O., Eriksen , M., Ross, H. & Mackey, J, 2009. The 3rd edition of Tobacco Atlas. Geneva: WHO.
- Semba, R. D., Kalm, L.M., de Pess, S., Ricks, M. O., Sari, M and Bloem, M.W, 2007. Parental smoking is associated with increase risk of child malnutrition among poor urban families in Indonesia. *Public Health Nutrition* 10(131):2685-2691.
- Soekirman, Thaha R., Hardinsyah, Hadi H dan Atmarita, 2010. Sehat dan Bugar Berkat Gizi Seimbang. Kompas Gramedia Group, Jakarta
- Soetjningsih, 2012. Tumbuh Kembang Anak. Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Shrimpton, R and Kachondham, Y, 2003. Analysing the Causes of Child Stunting in DPRK.
- Ulfani, D.H., Martianto, D dan Baliwati, Y.F, 2011. Faktor-faktor Sosial Ekonomi dan Kesehatan Masyarakat Kaitannya dengan Masalah Gizi Underweight, Stunted dan Wasted di Indonesia: Pendekatan Ekologi Gizi, *Jurnal Gizi dan Pangan* 2011, 6(1) : 59-65.
- Umeta, M., West, C.E., Verhoef, H., Haidar, J., and Hautvast, J, 2002. Factors Assocaitde with Stunting in Infants Aged 5-11 months in the Dodota-Sire District, Rural Ethiopia, *the Journal of Nutrition*.
- Unicef and WHO, 2004. Low Birth Weight: country, regional and global estimates, New York.
- UNICEF, 2007. Initiation of Breastfeeding by Breast Crawl. Unicef Maharastra 19, Harish Enterprises Parsee Panchayat Road, Andheri. Mumbai, India.
- Wahdah, S, 2012. Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Anak Umur 6-36 bulan di Wilayah Pedalaman Kecamatan Silat Hulu Kabupaten Kapuas Hulu Provinsi Kalimantan Barat, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. Tidak dipublikasikan.
- WHO, (1998). *The state of World's children*. Oxford University Press.
- WHO, 2007. Indicator for assessing infant and young child feeding practices. Geneva: WHO.