

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Gizi merupakan faktor utama yang mendukung terjadinya proses metabolisme di dalam tubuh. Setiap reaksi kimia yang terjadi di dalam tubuh membutuhkan zat gizi tertentu untuk pelaksanaannya. Masalah gizi, baik kekurangan atau kelebihan, dapat mempengaruhi keseimbangan endokrin, contohnya adalah kelebihan gizi dan konsumsi karbohidrat, serta lemak yang terlalu banyak dapat mengakibatkan ketidakseimbangan hormon insulin di dalam tubuh, sehingga dapat berdampak pada peningkatan risiko penyakit. Kekurangan gizi berdampak pada pertumbuhan dan pematangan organ yang terlambat, serta ukuran tubuh yang jauh lebih pendek (Fikawati, 2017).

Status gizi balita memiliki pengaruh yang sangat besar dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas di masa yang akan datang. Status gizi berhubungan dengan kecerdasan anak. Gizi kurang atau buruk pada masa bayi dan anak-anak terutama usia kurang dari 5 tahun dapat berakibat terganggunya pertumbuhan jasmani (*stunting*) dan kecerdasan anak (Kemenkes, 2018).

Stunting merupakan salah satu masalah yang menghambat perkembangan manusia secara global. Menurut WHO, prevalensi balita pendek menjadi masalah kesehatan masyarakat jika prevalensinya 20% atau lebih. Karenanya persentase balita pendek di Indonesia masih tinggi dan merupakan masalah kesehatan yang harus ditanggulangi anak (Kemenkes, 2018). Pada saat ini terdapat sekitar 162 juta anak berusia dibawah lima tahun mengalami *stunting*. Jika tren seperti ini terus berlanjut diproyeksikan bahwa pada tahun 2025 terdapat 127 juta anak berusia dibawah lima tahun akan mengalami *stunting* (World Health Organization, 2017). Menurut *United Nations Children's Emergency Fund* (UNICEF) lebih dari setengah anak *stunting* atau sebesar 56% tinggal di ASIA dan lebih dari sepertiga atau sebesar 37% tinggal di Afrika (UNICEF, 2017).

Dunia telah mengalami perbaikan positif mengenai penanganan *stunting* selama 20 tahun terakhir. *United Nations Children's Emergency Fund* (UNICEF) memperkirakan, jumlah anak menderita *stunting* di bawah usia lima tahun

sebanyak 149,2 juta pada 2020, turun 26,7% dibandingkan pada 2000 yang mencapai 203,6 juta. Meski demikian, kemajuan penanganan *stunting* tidak merata di seluruh kawasan. Jumlah balita penderita *stunting* di wilayah Afrika Barat dan Tengah masih meningkat 28,5% dari 22,8 juta pada 2000 menjadi 29,3 juta pada 2020 (UNICEF, 2017).

Di Indonesia, diperkirakan 8,8 juta balita mengalami *stunting* dengan prevalensi *stunting* 36%, data ini berdasarkan laporan yang dikeluarkan oleh UNICEF dan memosisikan Indonesia masuk kedalam 4 besar negara dengan jumlah yan mengalami *stunting* tinggi (Nagar Vivar, 2017). Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2015, sebesar 29% balita Indonesia termasuk kategori pendek, dengan persentase tertinggi di Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Sulawesi Barat. Prevalensi *stunting* pada balita di Kalimantan Timur tahun 2015 sebesar 26,7% dan pada tahun 2016 sebesar 27,1 dan kembali naik pada tahun 2017 menjadi 30,6% (Kemenkes, 2018). Berdasarkan Riskesdas tahun 2018, prevalensi *stunting* di Sumatera Barat pada tahun 2018 sebesar 39,2%, meningkat dari tahun 2015 sebesar 32,7%, dan tahun 2012 sebesar 36,5%, yang artinya prevalensi *stunting* di Sumatera Barat melebihi prevalensi *stunting* di Indonesia (Dinkes Sumatera Barat, 2019).

Imunisasi merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kekebalan tubuh dan pemberantasan penyakit menular. Angka kematian bayi dan balita yang tinggi di Indonesia menyebabkan turunnya derajat kesehatan masyarakat, salah satu upaya untuk mengatasi masalah ini adalah program pemberian imunisasi dasar bagi bayi dan balita secara lengkap (Palupi, 2017). Imunisasi bekerja dengan merangsang antibodi terhadap organisme tertentu, tanpa menyebabkan seseorang sakit terlebih dahulu. Sistem pertahanan tubuh kemudian bereaksi ke dalam vaksin yang dimasukkan ke dalam tubuh tersebut, sama seperti apabila mikroorganisme menyerang tubuh dengan cara membentuk antibodi kemudian akan membunuh vaksin tersebut layaknya membunuh mikroorganisme yang menyerang. Kemudian antibodi akan terus berada dalam peredaran darah membentuk sistem imun ketika suatu saat tubuh diserang oleh mikroorganisme

yang sama dengan yang terdapat pada vaksin, maka antibodi akan melindungi tubuh dan mencegah terjadinya infeksi (Probandari, 2018).

Pada 1.000 hari pertama kehidupan, anak memiliki risiko yang cukup signifikan untuk terinfeksi penyakit apabila asupan gizi yang didapat tidak memadai. Infeksi berulang pada anak dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak yang dapat mengakibatkan stunting. Anak dengan status imunisasi belum tuntas 1,78 kali lebih berisiko untuk mengalami stunting dibandingkan anak dengan status imunisasi lengkap (Ranuh, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Agustia, Rahman, & Hermiyanty (2018) yang menunjukkan bahwa imunisasi yang tidak lengkap merupakan faktor risiko kejadian stunting pada balita usia 12-59 bulan di wilayah Tambang Poboya Kota Palu. Riwayat pemberian imunisasi tidak berhubungan dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan di Kecamatan Ratahan Kabupaten Minahasa Tenggara (Kasim, Malonda, & Amisi, 2019). Penelitian Fajariyah & Hidajah (2020) yang menunjukkan bahwa status imunisasi memiliki hubungan dengan kejadian stunting pada anak usia 2-5 tahun di Indonesia.

Hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 mengenai cakupan imunisasi lengkap meningkat dari tahun 2010 sampai 2016 yaitu dari 41,6% ditahun 2010 meningkat menjadi 59,2% akan tetapi ditahun 2016 terdapat 32,1% balita yang belum diimunisasi lengkap dan masih ada sebanyak 8,7% balita yang belum diberikan imunisasi. Pemberian Imunisasi berupaya untuk menurunkan kejadian penyakit yang bias dicegah melalui pemberian imunisasi (Gerungan, 2018).

Berdasarkan survey pendahuluan yang peneliti lakukan di Puskesmas Sungai Aur Pasaman Barat Provinsi Sumatera Barat pada bulan Mei 2021 diperoleh diketahui bahwa prevalensi stunting mencapai 39,2% dari jumlah populasi yang ada. Berdasarkan wawancara pada 10 orang ibu yang anaknya mengalami stunting diketahui bahwa 7 orang anak tidak lengkap status imunisasinya. Hal ini yang memicu pertumbuhan badan anaknya karena sering terkena penyakit disebabkan daya tahan tubuh yang kurang.

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk meneliti hubungan pemberian imunisasi dengan kejadian anak stunting di Puskesmas Sungai Aur Pasaman Barat Provinsi Sumatera Barat.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan pemberian imunisasi dengan kejadian anak stunting di Puskesmas Sungai Aur Pasaman Barat Provinsi Sumatera Barat Tahun 2021.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pemberian imunisasi dengan kejadian anak stunting di Puskesmas Sungai Aur Pasaman Barat Provinsi Sumatera Barat Tahun 2021.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui status pemberian imunisasi pada anak di Puskesmas Sungai Aur Pasaman Barat Provinsi Sumatera Barat.
2. Untuk mengetahui kejadian anak stunting di Puskesmas Sungai Aur Pasaman Barat Provinsi Sumatera Barat
3. Untuk mengetahui hubungan pemberian imunisasi dengan kejadian anak stunting di Puskesmas Sungai Aur Pasaman Barat Provinsi Sumatera Barat.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Aspek Teoritis

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan referensi bagi para akademisi dan pihak-pihak yang membutuhkan, guna pengembangan ilmu kesehatan masyarakat mengenai hubungan pemberian imunisasi dengan kejadian anak stunting di Sumatera Barat.

1.4.2. Aspek Praktis

1. Diharapkan dapat menjadi masukan untuk program, terutama bagi stakeholder di bidang kesehatan untuk menentukan langkah pencegahan dan penanggulangan stunting di Sumatera Barat.
2. Sebagai bahan referensi bagi penelitian selanjutnya, guna pengembangan penelitian terkait penyebab stunting di Sumatera Barat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Imunisasi

2.1.1. Pengertian

Imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen, sehingga bila kelak ia terkena antigen yang serupa, tidak terjadi penyakit (Ranuh, 2018). Imunisasi merupakan suatu program yang dengan sengaja memasukkan antigen lemah agar merangsang antibodi keluar sehingga tubuh dapat resisten terhadap penyakit tertentu. Sistem imun tubuh mempunyai suatu sistem memori (daya ingat), ketika vaksin masuk kedalam tubuh, maka akan dibentuk antibodi untuk melawan vaksin tersebut dan sistem memori akan menyimpannya sebagai suatu pengalaman. Jika nantinya tubuh terpapar dua atau tiga kali oleh antigen yang sama dengan vaksin maka antibodi akan tercipta lebih kuat dari vaksin yang pernah dihadapi sebelumnya (Atikah, 2018).

2.1.2. Jenis-Jenis Imunisasi

Imunisasi telah dipersiapkan sedemikian rupa agar tidak menimbulkan efek-efek yang merugikan. Imunisasi ada 2 macam, yaitu :

1. Imunisasi aktif

Merupakan suatu pemberian bibit penyakit yang telah dilemahkan (vaksin) agar nantinya sistem imun tubuh berespon spesifik dan memberikan suatu ingatan terhadap antigen ini, sehingga ketika terpapar lagi tubuh dapat mengenali dan merespon.

2. Imunisasi pasif

Merupakan suatu proses peningkatan kekebalan tubuh dengan cara pemberian zat immunoglobulin, yaitu zat yang dihasilkan melalui suatu proses infeksi yang dapat berasal dari plasma manusia (kekebalan yang didapat bayi dari ibu melalui placenta) atau binatang yang digunakan untuk mengatasi mikroba yang sudah masuk dalam tubuh yang terinfeksi (Atikah, 2018).

2.1.3. Macam-Macam Imunisasi

1. Vaksin BCG (Bacillus Calmette Guerin)

a. Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap tuberculosis.

b. Kontra indikasi

- 1) Adanya penyakit kulit yang berat/menahun seperti: eksim, furunkulosis dan sebagainya.
- 2) Mereka yang sedang menderita TBC.

c. Efek samping

Imunisasi BCG tidak menyebabkan reaksi yang bersifat umum seperti demam. Setelah 1-2 minggu akan timbul indurasi dan kemerahan ditempat suntikan yang berubah menjadi pustule, kemudian pecah menjadi luka. Luka tidak perlu pengobatan, akan sembuh secara spontan dan meninggalkan tanda parut. Kadang-kadang terjadi pembesaran kelenjar regional di ketiak dan atau leher, terasa padat, tidak sakit dan tidak menimbulkan demam. Reaksi ini normal, tidak memerlukan pengobatan dan akan menghilang dengan sendirinya (Departemen Kesehatan RI, 2018).

2. Vaksin DPT (Difteri Pertusis Tetanus)

a. Indikasi

Untuk pemberian kekebalan secara simultan terhadap difteri, pertusis, dan tetanus.

b. Kontra indikasi

Gejala-gejala keabnormalan otak pada periode bayi baru lahir atau gejala serius keabnormalan pada syaraf merupakan kontraindikasi pertusis. Anak-anak yang mengalami gejala-gejala parah pada dosis pertama, komponen pertusis harus dihindarkan pada dosis kedua, dan untuk meneruskan imunisasinya dapat diberikan DT.

c. Efek samping

Gejala-gejala yang bersifat sementara seperti: lemas, demam tinggi, iritabilitas, dan meracau yang biasanya terjadi 24 jam setelah imunisasi (Departemen Kesehatan RI, 2018).

3. Vaksin Hepatitis B

a. Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap infeksi yang disebabkan virus hepatitis B

b. Kontra indikasi

Hipersensitif terhadap komponen vaksin. Sama halnya seperti vaksin - vaksin lain, vaksin ini tidak boleh diberikan kepada penderita infeksi berat disertai kejang.

c. Efek samping

Reaksi lokal seperti rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan disekitar tempat penyuntikan. Reaksi yang terjadi bersifat ringan dan biasanya hilang setelah 2 hari. (Departemen Kesehatan RI, 2018).

4. Vaksin Polio (*Oral Polio Vaccine*)

a. Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap poliomielitis.

b. Kontra indikasi

Pada individu yang menderita “immune deficiency” tidak ada efek yang berbahaya yang timbul akibat pemberian polio pada anak yang sedang sakit. Namun jika ada keraguan, misalnya sedang menderita diare, maka dosis ulangan dapat diberikan setelah sembuh.

c. Efek samping

Pada umumnya tidak terdapat efek samping. Efek samping berupa paralisis yang disebabkan oleh vaksin sangat jarang terjadi. (Departemen Kesehatan RI, 2018).

5. Vaksin Campak

a. Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap penyakit campak.

b. Kontra indikasi

Individu yang mengidap penyakit immune deficiency atau individu yang diduga menderita gangguan respon imun karena leukemia, limfoma.

c. Efek samping

Hingga 15% pasien dapat mengalami demam ringan dan kemerahan selama 3 hari yang dapat terjadi 8-12 hari setelah vaksinasi (Departemen Kesehatan RI, 2018).

2.1.4. Manfaat Imunisasi

1. Untuk anak: mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit, dan kemungkinan cacat atau kematian.
2. Untuk keluarga: menghilangkan kecemasan dan psikologi pengobatan bila anak sakit. Mendorong pembentukan keluarga apabila orang tua yakin bahwa anaknya menjalani masa kanak-kanak yang nyaman.
3. Untuk Negara: memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara (Atikah, 2018).

2.1.5. Tujuan Imunisasi

Tujuan imunisasi untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang, dan menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat (populasi) atau bahkan menghilangkan penyakit tertentu dari dunia seperti pada imunisasi cacar variola. (Ranuh, 2018). Program imunisasi bertujuan untuk memberikan kekebalan kepada bayi agar dapat mencegah penyakit dan kematian bayi serta anak yang disebabkan oleh penyakit yang sering berjangkit. Secara umum tujuan imunisasi, antara lain:

1. Melalui imunisasi, tubuh tidak mudah terserang penyakit menular.
2. Imunisasi sangat efektif mencegah penyakit menular.
3. Imunisasi menurunkan angka morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (angka kematian) pada balita (Palupi, 2017).

2.1.6. Jadwal Imunisasi IDAI 2021

Jadwal Imunisasi Anak Umur 0-18 tahun
Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Tahun 2020

Imunisasi	Umur																								
	Bulan												Tahun												
	Lahir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	5	6	7	8	9	10	12	14	15	16	18	
Hepatitis B	1		2	3	4																				
Polio	0	1	2	3							5														
BCG	1 kali																								
DTP			1	2	3						4				5										
Hib			1	2	3						4														
PCV			1	2						3	4														
Rotavirus			1	2						3 (p)															
Influenza										1															
MR / MMR										MR															
JE										1					2										
Varisela											2 kali, interval 6 minggu - 3 bulan														
Hepatitis A											2 kali, interval 6 - 36 bulan														
Tifoid												1													
HPV																									
Dengue																									

Cara membaca kolom umur: mulai [] berarti umur 2 bulan (50 hari) s.d. 2 bulan 29 hari (89 hari)

Rekomendasi imunisasi berlaku setelah diterbitkan di Sesi Pediatr. Dapat diakses pada website IDAI (<http://idai.or.id/publications/Anak/Imunisasi/Jadwal-Imunisasi-anak-idai-2020>)

■ Primer
 ■ Catch-up
 ■ Booster
 ■ Daerah Endemis

Untuk menerapkan jadwal imunisasi dengan benar perlu dibaca keterangan di bawah ini dan urutan lengkap di majalah Sesi Pediatr

- **Vaksin hepatitis B (HB)** monovalen sebaiknya diberikan kepada bayi segera setelah lahir sebelum berumur 24 jam, diikuti pengulangan vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya. Bayi dengan berat lahir kurang dari 2000g, imunisasi hepatitis B sebaiknya ditunda sampai berumur 1 bulan atau lebih, kecuali ibu HBsAg positif dan bayi bugar berlainan imunisasi HB segera setelah lahir tidak dihitung sebagai dosis primer. Bayi lahir dari ibu HBsAg positif, segera berikan vaksin HB dan imunoglobulin hepatitis B (HBIG) pada elektrolisis yang berbeda, maksimal dalam 7 hari setelah lahir. Imunisasi HB selanjutnya diberikan bersama DTPa atau DTP.
- **Vaksin polio 0 (pol0)** sebaiknya diberikan segera setelah lahir. Apabila lahir di fasilitas kesehatan berikan bOPV-0 saat bayi pulang atau pada kunjungan pertama. Selanjutnya berikan bOPV atau IPV bersama DTPa atau DTP. Vaksin IPV minimal diberikan 2 kali sebelum berumur 1 tahun bersama DTPa atau DTP.
- **Vaksin BCG** sebaiknya diberikan segera setelah lahir atau segera setelah sebelum bayi berumur 1 bulan. Bila berumur 3 bulan atau lebih BCG diberikan bila uji tuberkulin negatif. Bila uji tuberkulin tidak tersedia, BCG dapat diberikan. Bila tes uji tuberkulin lokal cepat pada minggu pertama dilakukan pemeriksaan lanjutan untuk diagnosis tuberkulosis.
- **Vaksin DTPa** dapat diberikan mulai umur 6 minggu berupa vaksin DTPa atau DTP. Vaksin DTPa diberikan pada umur 2, 3, 4 bulan atau 2, 4, 6 bulan. Booster pertama diberikan pada umur 18 bulan. Booster berikutnya diberikan pada umur 5-7 tahun atau pada program BIAS kelas 1. Umur 7 tahun atau lebih menggunakan vaksin Td atau Tdap. Booster selanjutnya pada umur 10-18 tahun atau pada program BIAS kelas 5. Booster Td diberikan setiap 10 tahun.
- **Vaksin pneumokokus (PCV):** diberikan pada umur 2, 4 dan 6 bulan dengan booster pada umur 12-15 bulan. Jika belum diberikan pada umur 7-12 bulan, berikan PCV 2 kali dengan jarak 1 bulan dan booster setelah umur 12 bulan dengan jarak 2 bulan dari dosis sebelumnya. Jika belum diberikan pada umur 1-2 tahun berikan PCV 2 kali dengan jarak minimal 2 bulan. Jika belum diberikan pada umur 2-5 tahun, PCV13 diberikan 2 kali dengan jarak 2 bulan, PCV15 diberikan 1 kali
- **Vaksin rotavirus monovalen:** diberikan 2 kali, dosis pertama mulai umur 6 minggu, dosis kedua dengan interval minimal 4 minggu, harus selesai pada umur 24 minggu.
- **Vaksin enterika pertusella:** diberikan 3 kali, dosis pertama 6-12 minggu, dosis kedua dan ketiga dengan interval 4 sampai 10 minggu, harus selesai pada umur 32 minggu.
- **Vaksin influenza:** diberikan mulai umur 6 bulan, diulang setiap tahun. Pada umur 6 bulan sampai 8 tahun imunisasi pertama 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu. Umur 2, 9 tahun, imunisasi pertama 1 dosis.
- **Vaksin MR / MMR:** pada umur 9 bulan berikan vaksin MR. Bila sampai umur 12 bulan belum mendapat vaksin MR, dapat diberikan MMR. Umur 18 bulan berikan MR atau MMR. Umur 5-7 tahun berikan MR (dalam program BIAS kelas 1) atau MMR.
- **Vaksin Japanese encephalitis (JE):** diberikan mulai umur 9 bulan di daerah endemis atau yang akan bepergian ke daerah endemis. Untuk perlindungan jangka panjang dapat diberikan booster 1 - 2 tahun kemudian.
- **Vaksin tetanus:** diberikan mulai umur 12 - 18 bulan. Pada umur 1 - 12 tahun diberikan 2 dosis dengan interval 6 minggu sampai 3 bulan. Umur 13 tahun atau lebih dengan interval 4 sampai 6 minggu
- **Vaksin hepatitis A:** diberikan 2 dosis mulai umur 1 tahun, dosis ke-2 diberikan 6 bulan sampai 12 bulan kemudian
- **Vaksin tifoid polysakarida:** diberikan mulai umur 2 tahun dan diulang setiap 3 tahun
- **Vaksin human papilloma virus (HPV):** diberikan pada anak perempuan umur 9-14 tahun 2 kali dengan jarak 6 - 15 bulan (atau pada program BIAS kelas 5 dan 6). Umur 15 tahun atau lebih diberikan 3 kali dengan jadwal 0,1,6 bulan (selain bivalen) atau 0,2,6 bulan (vaksin quadrivalen).
- **Vaksin dengue:** diberikan pada anak umur 9-16 tahun dengan serotip dengue yang dibuktikan adanya riwayat pernah diwast dengan diagnosis dengue (pemeriksaan antigen NS-1 dan atau uji serologi IgM/IgG anti-dengue positif) atau dibuktikan dengan pemeriksaan serologi IgG anti-dengue positif.

Gambar 2.1 Jadwal Imunisasi Anak Umur 0-18 Tahun Rekomendasi IDAI Tahun 2020

2.1.7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kelengkapan Imunisasi

Faktor penentu yang mempengaruhi pemberian imunisasi pada masyarakat adalah perilaku masyarakat tersebut. Dengan demikian, faktor perilaku hanyalah sebagian dari masalah yang harus di upayakan untuk menjadi individu dan masyarakat yang sehat. Menurut teori *Health Belief Model* perilaku seseorang ditentukan oleh motif dan kepercayaan individu. *Health Belief Model* merupakan suatu model yang digunakan untuk menggambarkan kepercayaan individu terhadap perilaku hidup sehat, sehingga individu akan melakukan perilaku sehat yang berupa perilaku pencegahan maupun penggunaan fasilitas kesehatan (Anisah, 2018).

Teori *Health Belief Model* oleh Becker dalam Notoatmodjo (2018), menjelaskan bahwa orang tidak akan menggunakan pelayanan kesehatan medis jika tidak mempunyai pengetahuan dan motivasi relevan tentang kesehatan. Hal ini dipengaruhi oleh persepsi individu mengenai ancaman penyakit dan keyakinan terhadap nilai manfaat dan tindakan kesehatan. Apabila individu bertindak untuk melawan atau mengobati penyakitnya, ada empat variabel kunci yang terlibat di dalam tindakan tersebut, yakni kerentanan yang dirasakan terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima dari rintangan yang dialami dalam tindakannya melawan penyakitnya, dan hal-hal yang memotivasi tindakan tersebut. Komponen-komponen *Health Belief Model* (HBM) tersebut diantaranya :

1. Faktor Modifikasi

Faktor modifikasi adalah faktor yang mempengaruhi kerentanan, keseriusan, ancaman, manfaat, dan hambatan yang dirasakan. Faktor modifikasi ini dapat meningkatkan atau mengurangi partisipasi dalam melakukan perilaku kesehatan (Semba, 2018). Faktor modifikasi ini terdiri dari:

a. Variabel demografi (usia, jenis kelamin)

1) Usia

Menurut Notoatmodjo (2018), usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja (Anonim). Usia 20-35 tahun memiliki kematangan dan cukup berpengalaman menjadi ibu sehingga mereka telah memperhatikan anak mereka khususnya dalam pemberian imunisasi dasar (Gibson, 2017).

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin adalah karakteristik biologis-anatomis (khususnya sistem reproduksi dan hormonal), diikuti dengan karakteristik fisiologi tubuh yang menentukan seseorang adalah laki-laki atau perempuan (Gibson, 2017).

b. Variabel sosial psikologi (kelas sosial ekonomi)

Kelas sosial dapat diketahui berdasarkan ekonominya. Dalam hal ini yang dimaksud adalah tinggi rendahnya kelas sosial seseorang di masyarakat akan dilihat dari tinggi rendahnya perekonomiannya. Semakin tinggi ekonomi seseorang maka semakin tinggi kelas sosialnya dan berlaku sebaliknya (Lesiapeto, 2018).

c. Variabel struktural (pengetahuan)

Menurut Notoatmodjo (2018), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

2. Kerentanan yang Dirasakan (*Perceived Susceptibility*)

Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) dapat diartikan bahwa individu akan melakukan tindakan kesehatan jika ia memandang bahwa dirinya rentan terkena penyakit tertentu. Kerentanan yang dirasakan yaitu bagaimana individu cenderung percaya bahwa mereka mendapatkan penyakit. Jika individu melihat kesempatan untuk mendapatkan penyakit rendah dan mereka tidak melihat diri mereka berisiko terhadap penyakit, maka mereka tidak mungkin untuk terlibat dalam perilaku pencegahan dan individu menganggap perilaku pencegahan tidak akan menghasilkan manfaat, sebaliknya individu akan melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan apabila individu dan keluarganya merasakan sangat berisiko atau rentan terhadap suatu penyakit (Anmaru & Laksono, 2019). Dengan kata lain, suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut (Notoatmodjo, 2018).

3. Keseriusan yang Dirasakan (*Perceived Seriousness*)

Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*) dapat diartikan bahwa tindakan individu untuk mencari pengobatan atau pencegahan dari suatu penyakit didorong dari persepsi keseriusan penyakit tersebut oleh individu. Semakin besar persepsi keseriusan suatu penyakit atau perilaku yang dapat menimbulkan penyakit maka semakin besar individu akan melakukan tindakan pencegahan. Jadi keseriusan yang dirasakan terhadap penyakit akan mendorong tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit (Notoatmodjo, 2018).

4. Ancaman yang Dirasakan (*Perceived Threat*)

Ancaman yang dirasakan dari sakit atau luka mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir bahwa penyakit atau rasa sakit benar-benar mengancam dirinya. Jika ancaman meningkat, maka perilaku pencegahan juga akan meningkat. Penilaian tentang ancaman yang dirasakan ini berdasarkan pada :

- a) Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) yaitu kemungkinan bahwa individu dapat mengembangkan masalah kesehatan menurut kondisi mereka.
- b) Keseriusan yang dirasakan (*perceived seriousness*) yaitu individu mengevaluasi keseriusan jika penyakit tersebut muncul akibat ulah dirinya sendiri atau penyakit tidak ditangani. Ancaman ini menjadi pertimbangan individu dalam memutuskan melakukan melakukan tindakan pencegahan atau tidak (Agustia, Rahman, & Hermiyanty (2018).

5. Manfaat yang Dirasakan (*Perceived benefis*)

Manfaat yang dirasakan (*perceived benefis*) adalah keyakinan bahwa tindakan atau perilaku tertentu akan menguntungkan individu dimana manfaat yang dirasakan akan melindungi individu dari penyakit atau dampak dari penyakit. Manfaat yang dirasakan adalah keyakinan penting yang mempengaruhi pilihan individu untuk terlibat dalam perilaku kesehatan. Semakin besar manfaat yang dirasakan, semakin besar kemungkinan mengambil tindakan pencegahan. Manfaat yang dirasakan dari pencegahan penyakit merupakan keyakinan bahwa mengambil tindakan tertentu akan mengurangi dampak dari penyakit

atau gangguan. Jika orang memiliki persepsi bahwa suatu penyakit tidak perlu dicegah, maka mereka tidak mungkin untuk terlibat dalam tindakan pencegahan, sisi lain individu yang percaya bahwa tindakan tertentu dapat mencegah penyakit maka ada motivasi individu yang lebih besar untuk terlibat dalam perilaku kesehatan (Anisa, 2018).

6. Hambatan yang Dirasakan (*Perceived barriers*)

Hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*) adalah persepsi tentang aspek negatif yang berkontribusi dalam melakukan tindakan kesehatan. Aspek negatif ini menjadi hambatan yang dirasakan individu untuk melakukan tindakan pencegahan. Hambatan yang dirasakan individu merupakan keyakinan penting yang berkaitan dengan pilihan individu untuk terlibat dalam perilaku kesehatan. Semakin besar hambatan yang dirasakan maka semakin rendah kemungkinan mengambil tindakan pencegahan tersebut, sebaliknya jika individu menganggap hambatan yang dirasakan kecil daripada manfaat yang akan didapatkannya maka individu akan melakukan tindakan pencegahan (Aridiyah et al, 2017).

7. Isyarat untuk Bertindak (*Cues to action*)

Isyarat untuk bertindak (*cues to action*) adalah pendorong untuk bertindak, untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan, maka diperlukan isyarat-isyarat untuk bertindak yang berupa faktor eksternal. Misalnya, pesan-pesan di media, melalui nasihat/anjuran kawan atau anggota keluarga lain dari si sakit, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2018).

2.2. Stunting

2.2.1. Pengertian *Stunting*

Senbanjo et al mendefinisikan *stunting* adalah keadaan status gizi seseorang berdasarkan z-skor tinggi badan (TB) terhadap umur (U) dimana terletak pada < -2 SD (Senbanjo, 2017). Indeks TB/U merupakan indeks antropometri yang menggambarkan keadaan gizi pada masa lalu dan berhubungan dengan kondisi lingkungan dan sosial ekonomi. SK Menkes menyatakan pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunting* (pendek) dan *severely stunting* (sangat pendek) (Kemenkes, 2018).

Pengaruh kekurangan zat gizi terhadap tinggi badan dapat dilihat dalam waktu yang relatif lama (Gibson, 2017). Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunting* (pendek) dan *severely stunting* (sangat pendek). Balita pendek (*stunting*) dapat diketahui bila seorang balita sudah diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada di bawah normal. Balita pendek adalah balita dengan status gizi yang berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umurnya bila dibandingkan dengan standar baku WHOMGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) tahun 2005, nilai z scorenya kurang dari -2SD dan dikategorikan sangat pendek jika nilai z-scorenya kurang dari -3SD (Supariasa, 2016).

2.2.2. Patofisiologi *Stunting*

Masalah gizi merupakan masalah multidimensi, dipengaruhi oleh berbagai faktor penyebab. Masalah gizi berkaitan erat dengan masalah pangan. Masalah gizi pada anak balita tidak mudah dikenali oleh pemerintah, atau masyarakat bahkan keluarga karena anak tidak tampak sakit. Terjadinya kurang gizi tidak selalu didahului oleh terjadinya bencana kurang pangan dan kelaparan seperti kurang gizi pada dewasa. Hal ini berarti dalam kondisi pangan melimpah masih

mungkin terjadi kasus kurang gizi pada anak balita. Kurang gizi pada anak balita bulan sering disebut sebagai kelaparan tersembunyi atau hidden hunger. *Stunting* merupakan retardasi pertumbuhan linier dengan deficit dalam panjang atau tinggi badan sebesar -2 Z-score atau lebih menurut buku rujukan pertumbuhan *World Health Organization/National Center for Health Statistics* (WHO/NCHS). *Stunting* disebabkan oleh kumulasi episode stress yang sudah berlangsung lama (misalnya infeksi dan asupan makanan yang buruk), yang kemudian tidak terimbangi oleh *catch up growth* (kejar tumbuh) (WHO, 2017).

Dampak dari kekurangan gizi pada awal kehidupan anak akan berlanjut dalam setiap siklus hidup manusia. Wanita usia subur (WUS) dan ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronis (KEK) akan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). BBLR ini akan berlanjut menjadi balita gizi kurang (*stunting*) dan berlanjut ke usia anak sekolah dengan berbagai konsekuensinya. Kelompok ini akan menjadi generasi yang kehilangan masa emas tumbuh kembangnya dari tanpa penanggulangan yang memadai kelompok ini dikhawatirkan *lost generation*. Kekurangan gizi pada hidup manusia perlu diwaspadai dengan seksama, selain dampak terhadap tumbuh kembang anak kejadian ini biasanya tidak berdiri sendiri tetapi diikuti masalah defisiensi zat gizi mikro (Sudarti, 2017).

2.2.3. Prevalensi *Stunting*

Stunting merupakan masalah gizi utama yang terjadi pada negara-negara berkembang. UNICEF mengemukakan sekitar 80% anak *stunting* terdapat di 24 negara berkembang di Asia dan Afrika. Indonesia merupakan negara urutan kelima yang memiliki prevalensi anak *stunting* tertinggi setelah India, China, Nigeria dan Pakistan. Saat ini, prevalensi anak *stunting* di bawah 5 tahun di Asia Selatan sekitar 38% (UNICEF, 2017). Berdasarkan hasil Riskesdas 2017 angka prevalensi *stunting* pada anak di bawah umur 5 tahun secara nasional yaitu 36,8%. Angka prevalensi ini tidak mengalami penurunan yang signifikan, karena angka prevalensi *stunting* pada anak umur di bawah 5 tahun di Indonesia tahun 2010 tetap tinggi yaitu 35,6%. Hasil Riskesdas 2017 menunjukkan bahwa masih

terdapat 19 provinsi di Indonesia dengan prevalensi anak umur di bawah 5 tahun pendek dan sangat pendek lebih tinggi dari prevalensi nasional (Kemenkes, 2018).

2.2.4. Dampak *Stunting*

Menurut laporan UNICEF beberapa fakta terkait *stunting* dan pengaruhnya adalah sebagai berikut (UNICEF, 2017):

1. Anak-anak yang mengalami *stunting* lebih awal yaitu sebelum usia enam bulan, akan mengalami *stunting* lebih berat menjelang usia dua tahun. *Stunting* yang parah pada anak-anak akan terjadi deficit jangka panjang dalam perkembangan fisik dan mental sehingga tidak mampu untuk belajar secara optimal di sekolah, dibandingkan anak - anak dengan tinggi badan normal. Anak-anak dengan *stunting* cenderung lebih lama masuk sekolah dan lebih sering absen dari sekolah dibandingkan anak-anak dengan status gizi baik. Hal ini memberikan konsekuensi terhadap kesuksesan anak dalam kehidupannya dimasa yang akan datang.
2. *Stunting* akan sangat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan anak. Faktor dasar yang menyebabkan *stunting* dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan intelektual. Penyebab dari *stunting* adalah bayi berat lahir rendah, ASI yang tidak memadai, makanan tambahan yang tidak sesuai, diare berulang, dan infeksi pernapasan. Berdasarkan penelitian sebagian besar anak-anak dengan *stunting* mengonsumsi makanan yang berada di bawah ketentuan rekomendasi kadar gizi, berasal dari keluarga miskin dengan jumlah keluarga banyak, bertempat tinggal di wilayah pinggiran kota dan komunitas pedesaan.
3. Pengaruh gizi pada anak usia dini yang mengalami *stunting* dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan kognitif yang kurang. Anak *stunting* pada usia lima tahun cenderung menetap sepanjang hidup, kegagalan pertumbuhan anak usia dini berlanjut pada masa remaja dan kemudian tumbuh menjadi wanita dewasa yang *stunting* dan mempengaruhi secara langsung pada kesehatan dan produktivitas, sehingga meningkatkan peluang melahirkan anak dengan BBLR. *Stunting* terutama berbahaya pada perempuan, karena lebih cenderung menghambat dalam proses pertumbuhan dan berisiko lebih besar meninggal saat melahirkan.

2.2.5. Faktor-Faktor Penyebab *Stunting*

1. Berat Badan Lahir

Berat badan lahir sangat terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang anak balita, pada penelitian yang dilakukan oleh Anisa menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara berat lahir dengan kejadian *stunting* pada balita di Kelurahan Kalibaru (Anisa, 2018). Bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, bayi dengan berat badan lahir rendah akan mengalami hambatan pada pertumbuhan dan perkembangannya serta kemungkinan terjadi kemunduran fungsi intelektualnya selain itu bayi lebih rentan terkena infeksi dan terjadi hipotermi. Banyak penelitian yang telah meneliti tentang hubungan antara BBLR dengan kejadian *stunting* diantaranya yaitu penelitian yang dilakukan di Yogyakarta menyatakan hal yang sama bahwa ada hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting*. Selain itu, penelitian yang dilakukan di Malawi juga menyatakan prediktor terkuat kejadian *stunting* adalah BBLR (Milman, 2017).

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin menentukan pula besar kecilnya kebutuhan gizi untuk seseorang. Pria lebih banyak membutuhkan zat tenaga dan protein dibandingkan wanita. Pria lebih sanggup mengerjakan pekerjaan berat yang tidak biasa dilakukan wanita. Selama masa bayi dan anak-anak, anak perempuan cenderung lebih rendah kemungkinannya menjadi *stunting* dan severe *stunting* daripada anak laki-laki, selain itu bayi perempuan dapat bertahan hidup dalam jumlah lebih besar daripada bayi laki-laki di kebanyakan Negara berkembang termasuk Indonesia. Anak perempuan memasuki masa puber dua tahun lebih awal daripada anak laki-laki, dan dua tahun juga merupakan selisih dipuncak kecepatan tinggi antara kedua jenis kelamin (Ramli, 2018). Dalam dua penelitian yang dilakukan di tiga negara berbeda, yaitu Libya, serta Banglades dan Indonesia, menunjukkan bahwa prevalensi *stunting* lebih besar pada anak laki-laki dibandingkan dengan anak perempuan (Semba, 2018). Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa jenis

kelamin anak adalah faktor predictor yang kuat dari *stunting* dan severe *stunting* pada anak usia 0-23 bulan dan 0-59 bulan. Anak perempuan memiliki risiko yang lebih rendah dibandingkan anak laki-laki dalam hal ini. Selama masa bayi dan masa kanak-kanak, anak perempuan cenderung lebih rendah kemungkinannya menjadi *stunting* dan severe *stunting*, selain itu bayi perempuan dapat bertahan hidup dalam jumlah besar daripada bayi laki-laki di kebanyakan negara berkembang termasuk Indonesia (Ramli, 2018).

3. ASI Eksklusif

ASI Eksklusif menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif adalah pemberian Air Susu Ibu (ASI) tanpa menambahkan dan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain yang diberikan kepada bayi sejak baru dilahirkan selama 6 bulan. Pemenuhan kebutuhan bayi 0-6 bulan telah dapat terpenuhi dengan pemberian ASI saja. Menyusui eksklusif juga penting karena pada usia ini, makanan selain ASI belum mampu dicerna oleh enzim-enzim yang ada di dalam usus selain itu pengeluaran sisa pembakaran makanan belum bisa dilakukan dengan baik karena ginjal belum sempurna. Manfaat dari ASI Eksklusif ini sendiri sangat banyak mulai dari peningkatan kekebalan tubuh, pemenuhan kebutuhan gizi, murah, mudah, bersih, higienis serta dapat meningkatkan jalinan atau ikatan batin antara ibu dan anak (Kemenkes, 2018). Penelitian yang dilakukan di Kota Banda Aceh menyatakan bahwa kejadian *stunting* disebabkan oleh rendahnya pendapatan keluarga, pemberian ASI yang tidak eksklusif, pemberian MP-ASI yang kurang baik, imunisasi yang tidak lengkap dengan faktor yang paling dominan pengaruhnya adalah pemberian ASI yang tidak eksklusif (Rahmad, 2018). Hal serupa dinyatakan pula oleh Arifin (2017) dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa kejadian *stunting* dipengaruhi oleh berat badan saat lahir, asupan gizi balita, pemberian ASI, riwayat penyakit infeksi, pengetahuan gizi ibu balita, pendapatan keluarga, jarak antar kelahiran namun faktor yang paling dominan adalah pemberian ASI. Berarti dengan pemberian ASI eksklusif kepada bayi dapat menurunkan kemungkinan kejadian *stunting* pada balita, hal ini juga

tertuang pada gerakan 1000 HPK yang dicanangkan oleh pemerintah Republik Indonesia.

4. Tinggi Ibu

Stunting pada masa balita akan berakibat buruk pada kehidupan berikutnya yang sulit diperbaiki. Pertumbuhan fisik berhubungan dengan genetik dan faktor lingkungan. Faktor genetic meliputi tinggi badan orang tua dan jenis kelamin. Tinggi badan ayah dan ibu yang pendek merupakan risiko terjadinya *stunting*. Kejadian *stunting* pada balita usia 6-12 bulan dan usia 3-4 tahun secara signifikan berhubungan dengan tinggi badan ayah dan ibu. Hasil penelitian Rahayu ada hubungan antara tinggi badan ayah dan ibu terhadap kejadian *stunting* pada balita (Rahayu, 2018). Jesmin et al mengemukakan bahwa tinggi badan ibu merupakan faktor yang berpengaruh langsung terhadap anak yang *stunting*. Penelitian Candra, dkk juga mengemukakan bahwa tinggi badan ayah memberikan pengaruh yang signifikan terhadap *stunting* pada anak usia 1-2 tahun. Anak yang memiliki tinggi badan ayah < 162 cm memiliki kecenderungan untuk menjadi pendek sebesar 2,7 kali (Candra, 2018).

5. Faktor Ekonomi

Azwar (2017) mengatakan pendapatan keluarga adalah jumlah uang yang dihasilkan dan jumlah uang yang akan dikeluarkan untuk membiayai keperluan rumah tangga selama satu bulan. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang perilaku anggota keluarga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan keluarga yang lebih memadai (Manurung, 2017). Beberapa faktor penyebab masalah gizi adalah kemiskinan. Kemiskinan dinilai mempunyai peran penting yang bersifat timbal balik sebagai sumber permasalahan gizi yakni kemiskinan menyebabkan kekurangan gizi sebaliknya individu yang kurang gizi akan memperlambat pertumbuhan ekonomi dan mendorong proses kemiskinan. Hal ini disebabkan apabila seseorang mengalami kurang gizi maka secara langsung akan menyebabkan hilangnya produktifitas kerja karena kekurangan fisik, menurunnya fungsi kognitif yang akan mempengaruhi tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi keluarga. Dalam mengatasi masalah

kelaparan dan kekurangan gizi, tantangan yang dihadapi adalah mengusahakan masyarakat miskin, terutama ibu dan anak balita memperoleh bahan pangan yang cukup dan gizi yang seimbang dan harga yang terjangkau (BAPPENAS, 2018). Standar kemiskinan yang digunakan BPS bersifat dinamis, disesuaikan dengan perubahan/pergeseran pola konsumsi agar realitas yaitu Ukuran Garis Kemiskinan Nasional adalah jumlah rupiah yang diperlukan oleh setiap individu untuk makanan setara 2.100 Kilo kalori perorang perhari dan untuk memenuhi kebutuhan nonmakan berupa perumahan, pakaian, kesehatan, pendidikan, transportasi, dan aneka barang/jasa lainnya (Badan Pusat Statistik Jakarta Pusat. 2017).

6. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan sesuatu yang dapat membawa seseorang untuk memiliki ataupun meraih wawasan dan pengetahuan seluas- luasnya. Orang – orang yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan memiliki wawasan dan pengetahuan yang lebih luas jika dibandingkan dengan orang - orang yang memiliki pendidikan yang lebih rendah. Anak-anak yang lahir dari orang tua yang terdidik cenderung tidak mengalami *stunting* dibandingkan dengan anak yang lahir dari orang tua yang tingkat pendidikannya rendah. Penelitian yang dilakukan di Nepal juga menyatakan bahwa anak yang terlahir dari orang tua yang berpendidikan berpotensi lebih rendah menderita *stunting* dibandingkan anak yang memiliki orang tua yang tidak berpendidikan. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Haile yang menyatakan bahwa anak yang terlahir dari orang tua yang memiliki pendidikan tinggi cenderung lebih mudah dalam menerima edukasi kesehatan selama kehamilan, misalnya dalam pentingnya memenuhi kebutuhan nutrisi saat hamil dan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan (Haile, 2018).

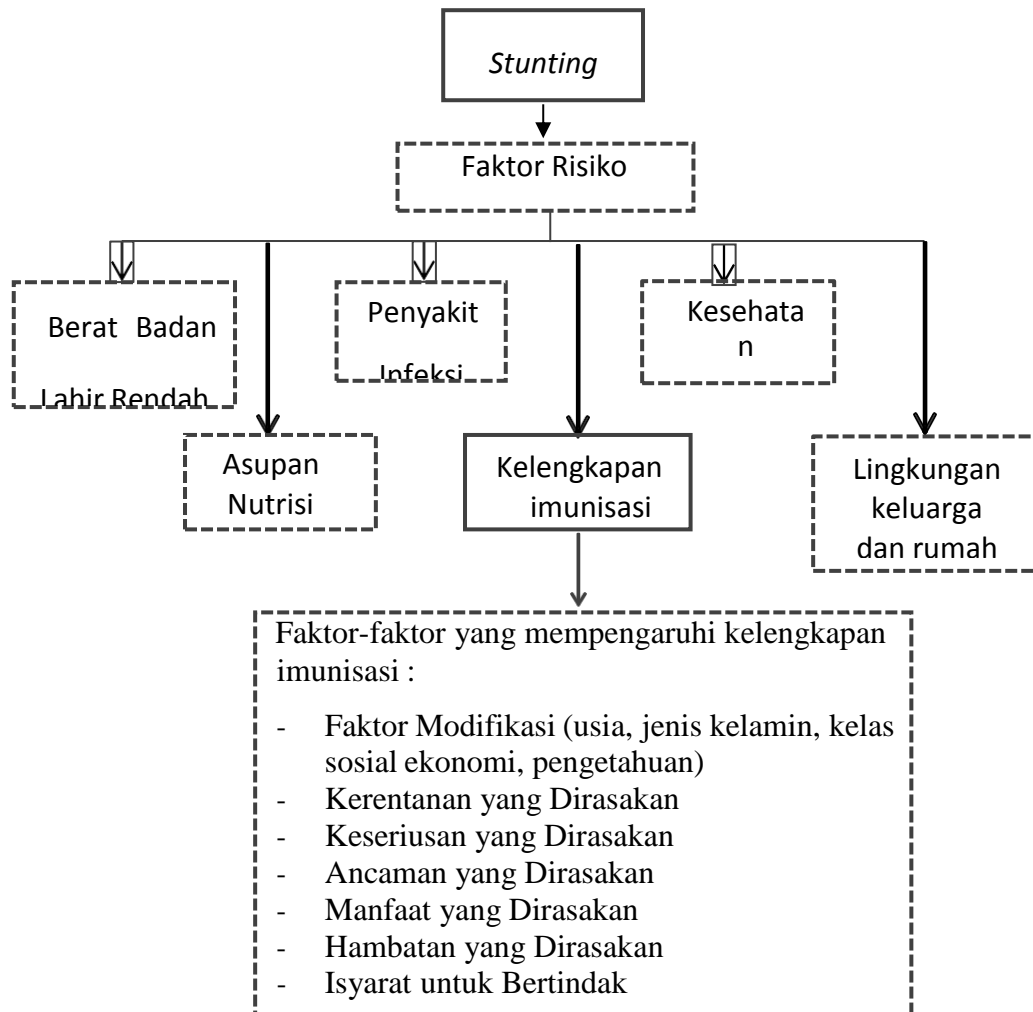
2.3. Puskesmas

Puskesmas yaitu suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh terpadu yang berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah suatu organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Vindriani, 2017).

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja. Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas merupakan pelayanan yang menyeluruh yang meliputi pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Pelayanan tersebut ditujukan kepada semua penduduk dengan tidak membedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak dari pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia (Effendi, 2018).

2.4. Kerangka Teori

Adapun kerangka teori pada penelitian ini yang berjudul hubungan pemberian imunisasi dengan kejadian anak stunting di Puskesmas Sungai Aur Pasaman Barat Provinsi Sumatera Barat Tahun 2021. adalah sebagai berikut :



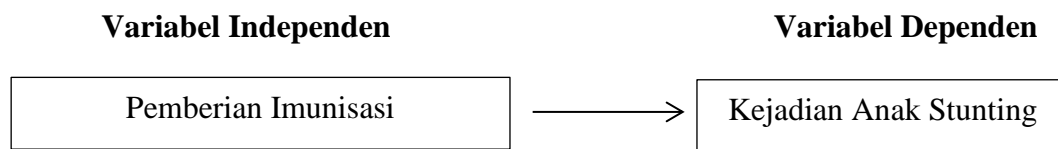
Gambar 2.2 Kerangka Teori

2.5. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan, duga, atau dalil sementara yang kebenarannya akan tetapi akan dibuktikan dalam penelitian ini (Setiadi, 2018). Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan pemberian imunisasi dengan kejadian anak stunting di Puskesmas Sungai Aur Pasaman Barat Provinsi Sumatera Barat Tahun 2021.

2.6. Kerangka Konsep

Adapun kerangka konsep pada penelitian ini yang berjudul hubungan pemberian imunisasi dengan kejadian anak stunting di Puskesmas Sungai Aur Pasaman Barat Provinsi Sumatera Barat Tahun 2021 adalah sebagai berikut :



Gambar 2.3 Kerangka Konsep