

**KAJIAN SKOR DISTRES PSIKOLOGIK IBU SEBAGAI PREDIKTOR  
STUNTING PADA ANAK 6-35 BULAN DI KABUPATEN JOMBANG**

**TUGAS AKHIR**

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Gizi



Oleh:

**Citra Rystia**

**NIM 1850703091110004**

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**MALANG**

**2020**

HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

KAJIAN SKOR DISTRES PSIKOLOGIK IBU SEBAGAI PREDIKTOR STUNTING PADA ANAK 6-35 BULAN DI KABUPATEN JOMBANG

Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Sarjana Gizi

Oleh :

Citra Rystia

NIM.185070309111004

Menyetujui untuk diuji :

Pembimbing I,

DR. Nurul Muslihah, SP., M.Kes  
NIP. 197401262008012002

Pembimbing II,

Agustiana D.I.V., SKM., M.Biomed  
NIK. 2012018308302001

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

KAJIAN SKOR DISTRES PSIKOLOGIK IBU SEBAGAI PREDIKTOR STUNTING PADA ANAK 6-35 BULAN DI KABUPATEN JOMBANG

Oleh : Citra Rystia NIM.185070309111004

Telah diuji pada Hari : Kamis Tanggal : 2 Juli 2020 Dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji I

[Signature]

Laksmi Karunia Tanuwijaya, S.Gz., M.Biomed NIP. 198208142008122004

Pembimbing I/Penguji II,

[Signature]

DR. Nurul Muslihah, SP., M.Kes NIP. 197401262008012002

Pembimbing II/Penguji III,

[Signature]

Agustiana D.I.V., SKM., M.Biomed NIK. 2012018308302001

Mengetahui, Ketua Program Studi Ilmu Gizi,



DR. Nurul Muslihah, SP., M.Kes NIP. 197401262008012002



**PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Citra Rystia  
NIM : 185070309111004  
Program Studi : Ilmu Gizi

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 30 Juni 2020

Yang membuat pernyataan,



(Citra Rystia)

NIM. 185070309111004



## KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi ALLAH, SWT yang telah memberi kemudahan, petunjuk dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul "Kajian Skor Distres Psikologik Ibu Sebagai Prediktor *Stunting* Pada Anak 6-35 Bulan di Kabupaten Jombang".

Ketertarikan penulis akan topik ini didasari oleh fakta bahwa tingginya prevalensi *stunting* menunjukkan masih terdapat permasalahan pada faktor-faktor penyebab *stunting* salah satunya Distres Psikologik/*Mental Disttess* pada Ibu yang ditandai dengan adanya depresi, kecemasan dan stress sebagai faktor yang secara tidak langsung mempengaruhi *caring* terhadap anak. Hal ini tidak hanya akan menyebabkan hambatan pertumbuhan fisik dan kerentanan terhadap penyakit, namun juga mengancam perkembangan kognitif yang akan berpengaruh pada tingkat kecerdasan dan produktivitas anak. Penelitian ini bertujuan membuktikan bahwa skor distres psikologik dapat menjadi prediktor *stunting* pada anak 6-35 bulan di Kabupaten Jombang.

Dengan selesainya Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Dr. Nurul Muslihah, SP, M.Kes. selaku Pembimbing I sekaligus Ketua Program Studi Ilmu Gizi yang telah memberikan pemahaman ilmu, dengan sabar dalam membimbing untuk bisa menulis dengan baik dan senantiasa memberi semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
2. Agustiana Dwi Indiah Ventiyaningsih, SKM, M.Biomed, selaku Pembimbing II yang telah memberikan pemahaman ilmu, dengan sabar dalam membimbing untuk bisa menulis dengan baik dan senantiasa memberi semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.

3. Laksmi Karunia Tanuwijaya, S.Gz., M.Biomed selaku Penguji, atas masukan, saran dan koreksinya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini dengan lebih baik.
4. Prof. Dian Handayani, SKM, M.Kes., PhD. selaku Ketua Jurusan Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan penulis kesempatan menuntut ilmu di Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
5. DR. dr. Wisnu Barlianto, MSi., Med, SpA (K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan penulis kesempatan menuntut ilmu di Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
6. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga penulis dapat melaksanakan Tugas Akhir dengan lancar.
7. Yang tercinta Ibu, Bapak, Suami serta putriku Ayunindya Bilqis Farzana atas segala doa, pengertian, perjuangan, kasih sayang dan semangatnya.
8. Hafid Wahyu Mauludin Amd.Gz., teman seperjuangan dalam penelitian payung ini dan SAP Gizi 2018 FKUB keluarga baru yang selalu memberi semangat dalam menyelesaikan penelitian ini.
9. Semua pihak yang telah membantu dan menyelesaikan Tugas Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang membangun.

Akhirnya, semoga Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Malang, 1 Juli 2020

Penulis

## ABSTRAK

Rystia, Citra. 2020. **Kajian Skor Distres Psikologik Ibu Sebagai Prediktor *Stunting* pada Anak 6-35 Bulan Di Kabupaten Jombang.** Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) DR. Nurul Muslihah., SP., M.Kes (2) Agustiana D.I.V., SKM., M.Biomed.

Di Kabupaten Jombang, prevalensi balita *stunting* masih tergolong tinggi dan meningkat di tahun 2016 dan 2017. Pertumbuhan dan perkembangan pesat terjadi pada periode awal kehidupan terutama pada masa bayi dan anak-anak, kebutuhan zat gizi dan stimulasi mereka tergantung sepenuhnya kepada *primary caregiver* (ibu), jika ibu mengalami masalah kesehatan jiwa maka bayi dan anak menjadi kelompok rentan untuk mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Tujuan penelitian ini untuk mengkaji faktor risiko skor distres psikologik ibu terhadap kejadian *stunting* anak 6-35 bulan. Rancangan penelitian ini adalah *case control study* yang dilakukan pada anak 6-35 bulan di Kabupaten Jombang sebanyak 144 anak dan terbagi menjadi dua kelompok *stunting* dan tinggi badan normal yang dipilih secara *multistage systemic*. Variabel yang diukur adalah skor distres psikologik ibu terhadap kejadian *stunting* menggunakan (*Self-Reporting Questionnaire-20*) SRQ-20 dengan *cut off point* skor  $\geq 8$  pertanyaan dengan jawaban "ya" maka ibu berisiko mengalami distres psikologik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa total skor distres psikologik ibu pada anak *stunting* dan non *stunting* ada perbedaan bermakna (uji *Mann Whitney*,  $p = 0,006$ ). Variabel skor distres psikologik ibu pada anak *stunting* dan non *stunting* ada perbedaan bermakna (uji *t*,  $p = 0,013$ ) dengan OR (*Odd Ratio*) sebesar 2,905 (1,304-6,474). Kesimpulan penelitian ini adalah skor distres psikologik berpengaruh terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 6-35 bulan di Kabupaten Jombang, dengan besar resiko (odds) ibu dengan distres psikologik dibandingkan dengan ibu tidak berisiko distres psikologik untuk mempunyai anak *stunting* sebesar 2,91 kali.

Kata kunci : CMD (*Common Mental Disorder*), distres psikologik, *stunting*

## ABSTRACT

Rystia, Citra. 2020. **Study of Maternal Psychologic Distress Scores as Predictors of Stunting at Children Aged 6-35 Months in Jombang.** Final Assignment, Nutrition Science Study Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) DR. Nurul Muslihah., SP., M.Kes (2) Agustiana D.I.V., SKM., M.Biomed.

In Jombang, the prevalence of toddler suffering from stunting under five is still relatively high and tends increase in 2016 and 2017. As rapid growth and development occurs in the early period of life especially in infancy and children, their nutritional needs and stimulation depend entirely on primary caregiver (mother), if the mother has mental health problems, the baby and child will be a vulnerable group suffering from growth and development disorders. The aim of this study is to examine risk factors for maternal psychologic distress scores for the incidence of stunting of children from 6 to 35 months of age. A case control study conducted on 144 children from 6 to 35 months of age in Jombang and divided into two groups of stunting and normal height selected by multistage systemic. The measured variable is the mother Psychological Distress score for the stunting incident using (Self Reporting Questionnaire 20) SRQ-20 with a cut-off point score  $\geq 8$  questions with the answer "yes" then the mother is at risk of experiencing Psychological Distress. Based on analysis from the result of this study, the total score of maternal psychological distress between stunting and non-stunting children is significantly different (Mann Whitney test,  $p = 0.006$ ). Variable score of maternal psychologic distress in stunting and non-stunting children there was a significant difference (t test,  $p = 0.013$ ) and OR (Odd Ratio) of 2.905 (1,304-6,474). This study concluded the psychological distress score influences the incidence of stunting in children from 6 to 35 months of age in Jombang, with the odds of mothers with psychological distress compared to mothers who are not at risk of psychological distress to have stunting children by 2.91 times.

Keywords : CMD (Common Mental Disorder), psychologic distress, stunting

DAFTAR ISI

Halaman

Judul.....	i
Lembar Pengesahan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Kata Pengantar.....	v
Abstak.....	vii
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Singkatan.....	xiii

**BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat Akademik.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7

**BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Status Gizi.....	8
2.1.1 Antropometri.....	9
2.1.2 Parameter Antropometri.....	10
2.1.3 Pengukuran Antropometri.....	12
2.1.4 Indeks TB/U Atau PB/U.....	12
2.1.5 Interpretasi Indeks TB/U Atau PB/U.....	13
2.2 Kesehatan Jiwa/ <i>Mental</i> .....	13
2.2.1 Pengertian Gangguan Jiwa/ <i>Mental</i> .....	17
2.2.2 Klasifikasi Gangguan Jiwa/ <i>Mental Disorder</i> .....	18
2.2.3 Hubungan Kesehatan Jiwa Ibu dengan <i>Stunting</i> .....	28
2.3 <i>Stunting</i> .....	32
2.3.1 Penyebab <i>Stunting</i> .....	33
2.3.2 Dampak <i>Stunting</i> .....	39
2.3.3 Intervensi <i>Stunting</i> .....	40

**BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

3.1 Kerangka Konsep.....	45
3.2 Penjelasan Kerangka Konsep.....	46
3.3 Hipotesis Penelitian.....	46

**BAB 4. METODE PENELITIAN**

4.1 Rancangan Penelitian.....	47
4.2 Populasi Dan Sampel.....	47
4.2.1 Populasi.....	47
4.2.2 Sampel.....	47



4.3 Variabel Penelitian .....	52
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	53
4.4.1 Lokasi Penelitian.....	53
4.4.2 Waktu Penelitian.....	53
4.5 Alat/Instrumen Penelitian.....	53
4.6 Definisi Operasional.....	54
4.7 Prosedur Penelitian.....	55
4.7.1 Pengumpulan Data.....	55
4.7.2 Alur Penelitian.....	59
4.8 Analisis Data.....	61
4.8.1 Pengolahan Data.....	61
4.8.2 Analisis Data.....	62
<b>BAB 5. HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA</b>	
5.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	63
5.2 Karakteristik Sosio Demografi .....	64
5.2.1 Hasil <i>Screening</i> Responden.....	64
5.2.2 Sebaran Responden.....	64
5.2.2 Karakteristik Responden.....	65
5.3 Status Gizi Anak.....	70
5.4 Profil Gambaran dan Perbedaan Total Skor Distres Psikologik.....	73
5.5 Faktor Resiko Distres Psikologik dan Kejadian Stunting.....	75
<b>BAB 6. PEMBAHASAN</b>	
6.1 Karakteristik Sosio Demografi .....	76
6.2 Perbedaan Distres Psikologik Status Gizi Stunting dan Normal dan Faktor Resiko Kesehatan Mental Ibu dengan Kejadian Stunting Pada Anak.....	78
6.4 Kekuatan dan Keterbatasan Penelitian.....	90
6.4.1 Kekuatan Penelitian.....	90
6.4.2 Keterbatasan Penelitian.....	90
6.5 Implikasi bagi Kesehatan Masyarakat .....	91
<b>BAB 7. PENUTUP</b>	
7.1 Kesimpulan .....	92
7.2 Saran .....	92
Daftar Pustaka.....	94

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 3.1	Kerangka Konsep.....	45
Gambar 4.1	Penentuan Lokasi Penelitian.....	51
Gambar 4.2	Diagram Alur Penelitian.....	61
Gambar 5.1	Peta Kabupaten Jombang.....	64
Gambar 5.2	Diagram Kelompok Umur Anak.....	67
Gambar 5.3	Diagram Status Gizi berdasarkan Kelompok.....	71
Gambar 5.4	Diagram Status Gizi berdasarkan Jenis Kelamin.....	72



DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1	Kategori dan ambang batas status gizi anak indeks TB/U atau PB/U indeks WHO 2005 .....	13
Tabel 2.2	Klasifikasi PPDGJ III atau ICD X .....	19
Tabel 2.3	AKG per hari untuk usia 0-36 bulan yang dianjurkan .....	37
Tabel 2.4	Pemberian Makan Pada Bayi dan Anak .....	38
Tabel 2.5	Jenis dan Frekuensi Pemberian MP-ASI .....	38
Tabel 4.1	Definisi Operasional .....	54
Tabel 5.1	Rekap <i>Screening</i> Pemilihan Responden .....	64
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Sebaran Responden .....	65
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Anak .....	66
Tabel 5.4	Distribusi Rata-rata Umur Anak .....	66
Tabel 5.5	Distribusi Rata-rata Umur Ibu .....	67
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Rata-rata Pendidikan dan Pekerjaan Responden .....	68
Tabel 5.7	Rata-rata Jumlah Anggota Keluarga dengan Kejadian Stunting ..	69
Tabel 5.8	Rata-rata Panjang Badan Lahir antar Kelompok .....	70
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Status Gizi Berat Badan menurut Umur, Berat Badan menurut Tinggi Badan Berdasarkan Kelompok Kontrol dan Kasus .....	71
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Pertanyaan SRQ 20 .....	73
Tabel 5.11	Distribusi Frekuensi Rata-rata Total Skor Distres Psikologik .....	74
Tabel 5.12	Tabulasi Silang Faktor Resiko Distres Psikologik dan Kejadian Stunting .....	75



**DAFTAR SINGKATAN**

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
Baduta	: Bawah Dua Tahun
BAK	: Buang Air Kecil
Balita	: Bawah Lima Tahun
BB	: Berat Badan
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
Batita	: Bawah Tiga Tahun
CMD	: <i>Common Mental Disorder</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
DSM-IV-TR	: <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV</i>
ECG	: <i>Electrocardiogram</i>
GAD	: <i>Generalised Anxiety Disorder</i>
GME	: Gangguan Mental Emosional
GNR	: <i>Global Nutrition Report</i>
HPK	: Hari Pertama Kehidupan
ICD X	: <i>Classification of Disease</i> edisi ke 10
IDAI	: Ikatan Dokter Anak Indonesia
Ig	: <i>Immunoglobulin</i>
IGAB	: <i>Interagency Group for Action on Breastfeeding</i>
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IYCF	: <i>Infant and Young Child Feeding</i>
Jampersal	: Jaminan Persalinan
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kurang Energi Kronis
Kemendesa PDT	: Kementerian Desa, Pembangunan Desa Tertinggal dan Transmigrasi
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kepmenkes	: Keputusan Menteri Kesehatan



Kespro	: Kesehatan Reproduksi
Kg	: Kilogram
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KMS	: Kartu Menuju Sehat
MCMD	: <i>Mother Common Mental Disorder</i>
Menkes	: Menteri Kesehatan
Mg	: Miligram
MGRS	: <i>Multicentre Growth Reference Study</i>
ml	: Mililiter
MP ASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NICE	: <i>National Institute for Health &amp; Clinical Excellence</i>
OCD	: <i>Obsessive Compulsive Disorder</i>
ODF	: <i>Open Defecation Free</i>
PAUD	: Pendidikan Anak Usia Dini
PB	: Panjang Badan
PBLR	: Panjang Badan Lahir Rendah
PB/U	: Panjang Badan menurut Umur
PDTT	: Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PHI	: <i>Public Health Indicator</i>
PIS-PK	: Program Indonesia Sehat - Pendekatan Keluarga
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PP	: Peraturan Pemerintah
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa
PROGAS	: Program Gizi Anak Sekolah
PSG	: Pemantauan Status Gizi
PTSD	: <i>Post Traumatic Stress Disorder</i>
Pusdatin	: Pusat Data dan Informasi
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah
SD	: Standar Deviasi
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SEAR	: <i>South-East Asia Regional</i>
SK	: Surat Keputusan



SPAL	: Sistem Pembuangan Air Limbah
SRQ-20	: <i>Self Reporting Questionnaire 20</i>
STBM	: Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
STRANAS	: Strategi Nasional
SUN	: <i>Scaling Up Nutrition</i>
TB	: Tinggi Badan
TB/U	: Tinggi Badan menurut Umur
TKPM	: Tinggi Kalori Protein Mikromineral
TNP2K	: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
TPB	: Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
UKBM	: Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat
UKS	: Usaha Kesehatan Sekolah
UNICEF	: <i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
UU	: Undang Undang
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WUS	: Wanita Usia Subur
YLD	: <i>Years Lived with Disability</i>



## BAB I

## PENDAHULUAN

## 1.1. Latar Belakang Masalah

Prevalensi Indonesia berada pada peringkat 108 dari 132 negara dan di kawasan Asia Tenggara, prevalensi *stunting* Indonesia tertinggi kedua setelah Kamboja (*Global Nutrition Report*, 2016). Sebanyak 55% balita *stunting* di dunia berasal dari Asia di tahun 2017. Pengumpulan data prevalensi balita *stunting* oleh *World Health Organization (WHO)*, Indonesia menduduki peringkat ketiga negara dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara (*South-East Asia Regional/SEAR*). Prevalensi rata-rata tahun 2005-2017 balita *stunting* di Indonesia sebesar 36,4% (Pusat Data dan Informasi, Kemenkes 2018). Kondisi ini jika tidak diselesaikan dapat mempengaruhi kinerja pembangunan Indonesia baik sektor ekonomi, kemiskinan dan ketimpangan (TNP2K, 2017).

Pada tahun 2018 prevalensi balita pendek menunjukkan tren yang tidak stabil dan *fluktuatif* di Indonesia sebesar 30,8%, jika dibandingkan tahun 2013 sebesar 37,2% dan tahun 2007 sebesar 36,8%. Jawa Timur merupakan provinsi ke sebelas yang prevalensi dengan kategori pendek lebih tinggi dari pada prevalensi nasional (RISKESDAS, 2018).

Berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG) selama tiga tahun terakhir balita pendek memiliki prevalensi tertinggi dibandingkan dengan masalah gizi lainnya seperti gizi kurang, kurus dan gemuk. Prevalensi balita sangat pendek dan pendek di Indonesia tahun 2017 adalah 9,8% dan 19,8%. Kondisi ini meningkat dari tahun sebelumnya yaitu prevalensi balita sangat pendek sebesar 8,5% dan balita pendek sebesar 19%. Kondisi di Jawa Timur, juga mengalami

peningkatan dari 26,1% di tahun 2016 menjadi 26,7% di tahun 2017. Di Kabupaten Jombang, prevalensi balita *stunting* mengalami peningkatan yaitu 19,2% (kategori sedang) di tahun 2016 menjadi 26,2% (kategori tinggi) di tahun 2017.

Dampak buruk yang dapat ditimbulkan jangka pendek oleh *stunting* adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua. Kesemuanya itu akan menurunkan kualitas sumberdaya manusia Indonesia, produktivitas dan daya saing bangsa (Kemendesa PDTT, 2017).

*Stunting* merupakan salah satu kondisi *malnutrisi* kronis yang diakibatkan oleh keadaan yang berlangsung lama. Penyebab langsung *malnutrition* yang ditunjukkan dengan status gizi yang tidak normal adalah asupan makanan dan penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung terdiri dari : rendahnya akses terhadap makanan, pola asuh terhadap anak dan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Sedangkan akar penyebabnya adalah kondisi politik, ekonomi dan lingkungan (Wirawan, 2018).

*Care* (Perawatan/Pengasuhan/Pola Asuh) merupakan ketentuan dalam rumah tangga dan masyarakat yang mencakup waktu, perhatian dan *support* (dukungan) untuk memenuhi kebutuhan fisik, mental dan sosial untuk pertumbuhan anak dan anggota keluarga lain. Pengasuhan saat ini diterjemahkan sebagai praktik dari *caregiver* (pengasuh) yang mempengaruhi

asupan zat gizi, kesehatan, fungsi kognitif dan perkembangan psikososial.

Kesehatan fisik dan jiwa (*mental*) dari pengasuh termasuk meliputi kepercayaan diri, dapat mengatasi (koping) stress dan depresi yang memfasilitasi perubahan kapasitas ke perilaku. Di Amerika Serikat dan beberapa negara berkembang lainnya depresi dan kecemasan pada ibu berhubungan dengan pengasuhan yang buruk dan hasil yang bermasalah pada anak (Engle & Haddad, 1999).

Pada masyarakat umum gejala *psikiatrik* yang sering ditemukan pada lebih dari separuh orang dewasa pada waktu tertentu adalah kecemasan (*anxiety*), kelelahan (*fatigue*) dan tidak bisa tidur pada malam hari (*insomnia*).

Sedangkan satu dari tujuh orang mengalami berbagai bentuk gangguan *neurotic* yang dapat didiagnosa. Gangguan yang paling sering adalah depresi sebanyak 10%, sedangkan *anxietas generalisata* sebesar 8%. WHO menyebutkan pasien yang berobat ke dokter dengan gejala *psikiatrik* 17% merupakan pasien depresi. Diungkapkan Hawari prevalensi depresi seluruh populasi masyarakat dunia pada tahun 2013 sebesar 3%. Hasil Riskesdas 2018, prevalensi gangguan mental emosional sebesar 9,8% kasus depresi menyumbang sebesar 6,1% dari populasi orang dewasa (usia  $\geq 15$  tahun).

Depresi merupakan masalah umum pada wanita usia subur dan 10-15% dari total ibu di negara berkembang diperkirakan mengalami depresi (Ohara & Swain, 1996). Gavin dan Sawyers (2010) menyatakan bahwa kerentanan perempuan berhubungan dengan tingginya angka kejadian depresi pada ibu di negara berkembang yang selanjutnya mempunyai pengaruh besar pada pertumbuhan anak karena perubahan tanggung jawab ibu terhadap perawatan anak. Perubahan tanggung jawab ibu dengan depresi terhadap anak diantaranya "*mother-child attachment* atau *bonding*", perilaku menjaga kesehatan dan praktik

perawatan anak (Cooper PJ, *et al* 1999 ; Rahman A, *et al.*, 2002 ; Casey P, *et al.*, 2004). Pertumbuhan dan perkembangan pesat pada periode awal kehidupan terutama pada masa bayi dan anak-anak tergantung sepenuhnya kepada *primary caregiver* (ibu) terutama kebutuhan zat gizi dan kebutuhan sosial (stimulasi), menyebabkan bayi dan anak-anak merupakan kelompok rentan terhadap kejadian masalah kesehatan jiwa /mental pada *caregiver* (Wemakor A, 2016). Orang dengan depresi produktivitasnya akan menurun dan berdampak buruk bagi masyarakat. Depresi ibu (*maternal depression*) merupakan faktor penting penentu pengasuhan optimal dan perilaku *health-seeking* yang terkait dengan gizi buruk dan hasil perkembangan anak yang harus diintegrasikan dalam program gizi sensitif (LANCET, 2013). Pada tahun 1993 terdapat laporan dari Bank Dunia bahwa 8% penyakit global yang berat dibandingkan tuberculosi, kanker atau penyakit jantung disebabkan oleh masalah kesehatan mental (Craig & Boardman, 2009).

Menurut Walker *et al* (2017), menyebutkan bahwa depresi pada ibu berhubungan langsung dengan kejadian dari diare, penyakit pernafasan, *stunting* dan kasus MRS pada bayi dan ketidaktepatan pelaksanaan jadwal imunisasi dan perkembangan sosial emosional pada anak-anak. Penelitian lain yang dilakukan Wemakor A & Mensah K.A (2016), menyebutkan bahwa rata-rata prevalensi *stunting* dan depresi ibu diperkirakan masing masing sebesar 16,1% dan 27,8% di Utara Ghana. Didapatkan hasil anak dari ibu depresi 3x lebih mungkin menjadi *stunting* dibandingkan dengan ibu yang tidak depresi. Ibu dengan depresi jika dibandingkan dengan ibu tanpa depresi cenderung lebih muda, tidak menikah, miskin, lebih mungkin melahirkan BBLR, karakteristik ini disesuaikan dengan *multivariat regresi logistik*.

Surkan PJ, et al. (2011), menyebutkan bahwa depresi pada ibu berhubungan dengan kejadian *underweight* dan *stunting* pada balita hal ini ditunjukkan dari 17 studi melibatkan 13.923 pasang ibu dan anak dari 11 negara yang masuk kriteria inklusi. Anak dari ibu dengan depresi atau gejala depresi cenderung lebih berisiko *underweight* 1,5x atau *stunting* 1,4x. Sedangkan sub analisis 3 studi longitudinal menunjukkan efek yang lebih kuat yaitu cenderung lebih berisiko *underweight* 2,2x dan *stunting* 2x. Mekanisme penyebab tidak jelas dan bervariasi antar negara, perbedaan budaya dan derajat kerawanan pangan mungkin mempunyai peran. Di beberapa studi terdahulu depresi pada ibu berhubungan dengan perilaku pengasuhan (pola asuh), praktek pengasuhan yang tidak responsif dan lebih mungkin mempunyai durasi menyusui lebih yang pendek.

Sebaliknya Ertel et al. (2010), menyatakan bahwa tidak ditemukan hubungan antara depresi pasca salin (*sindrom baby blues*) dengan panjang/tinggi badan anak usia 6 bulan–3 tahun di negara berpenghasilan tinggi, mekanisme penyebab perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian lain yang menyatakan ada hubungan antara depresi dengan panjang/tinggi badan anak belum jelas. Salah satu sumber yang diduga sebagai penyebab perbedaan adalah keluarga yang menjadi responden di negara maju memiliki satu ancaman yaitu gejala depresi ibu tidak cukup mengganggu pertumbuhan anak, sedangkan di negara berkembang terdapat lebih banyak ancaman berupa kerawanan pangan, tingkat pendidikan rendah, tingginya rerata *stunting*, sumber daya yang sedikit, sehingga depresi ibu menjadi beban tambahan yang mempengaruhi pertumbuhan anak.

Berdasarkan uraian di atas menunjukkan kesehatan mental ibu menjadi salah satu faktor risiko yang dapat mengakibatkan *stunting* dan belum banyak diteliti di Indonesia, sehingga peneliti tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui “Kajian Skor Distres Psikologik Ibu Sebagai Prediktor *Stunting* Pada Anak 6-35 Bulan di Kabupaten Jombang”.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah ada perbedaan skor distres psikologik Ibu sebagai prediktor *stunting* pada anak 6-35 bulan di Kabupaten Jombang?”

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan umum

Mengkaji perbedaan skor distres psikologik ibu sebagai prediktor *stunting* pada anak 6-35 bulan di Kabupaten Jombang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji skor distres psikologik (gangguan mental emosional) ibu pada anak *stunting* dan *non stunting* 6-35 bulan di Kabupaten Jombang.
2. Menganalisis perbedaan skor distres psikologik (gangguan mental emosional) ibu pada anak *stunting* dan *non stunting* 6-35 bulan di Kabupaten Jombang.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Akademik

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai penerapan dan pengembangan ilmu yang hasilnya dapat memberikan informasi di bidang

gizi masyarakat terutama mengenai perbedaan skor distres psikologik ibu sebagai prediktor *stunting* pada anak 6-35 bulan di Kabupaten Jombang.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan bagi Dinas Kesehatan khususnya di Kabupaten Jombang sebagai dasar advokasi dan bahan evaluasi dalam rangka menentukan kebijakan dan langkah-langkah yang berkaitan dengan program pencegahan dan penanggulangan masalah *stunting* secara *holistik* khususnya faktor distres psikologik Ibu sebagai prediktor *stunting*. Bagi Puskesmas di Kabupaten Jombang sebagai bahan edukasi pada tenaga kesehatan dan masyarakat.



## BAB II

## TINJAUAN PUSTAKA

## 2.1 Status Gizi

Status gizi merupakan kondisi dari keseimbangan antara asupan zat gizi yang diperoleh dari makanan dengan kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk metabolisme tubuh. Kebutuhan asupan gizi berbeda pada tiap individu, tergantung pada usia, jenis kelamin, aktivitas, berat badan, dan tinggi badan.

Untuk menggambarkan status gizi seseorang dapat menggunakan indikator status gizi dan selanjutnya dibandingkan dengan standar atau nilai normal untuk setiap indikator parameter (Kemenkes, 2017).

Teori UNICEF (1990) masalah gizi disebabkan dua faktor utama yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Faktor langsung yaitu kurangnya asupan makanan dan penyakit infeksi. Faktor tidak langsung yaitu kurangnya ketersediaan pangan tingkat rumah tangga, perilaku/ asuhan ibu dan anak yang kurang, kurangnya pelayanan kesehatan dan lingkungan tidak sehat.

Dari segi Epidemiologi penyebab masalah gizi merupakan hubungan timbal balik antara faktor penjamu (*host*), faktor agen (*agent*), dan faktor lingkungan (*environment*) agar tercipta kondisi yang baik maka diperlukan keseimbangan yang baik dari ketiga faktor tersebut. Faktor penjamu merupakan faktor karakteristik pada manusia yang dapat mempengaruhi keadaan gizi diantaranya genetik, umur, jenis kelamin, *etnis*, fisiologi, imunologi dan *lifestyle*. Faktor agen merupakan agregat yang ada atau tidaknya mempengaruhi timbulnya masalah gizi pada manusia. Agregat yang ketidak beradaannya menyebabkan masalah gizi misalnya zat gizi, hormon, sedangkan agregat yang dengan keberadaannya

menimbulkan masalah gizi misalnya zat kimia dari tubuh termasuk obat-obatan, senyawa lain yang bisa menimbulkan keracunan maupun yang dikonsumsi dalam jumlah kecil pada jangka waktu lama yang mempunyai efek *karsinogenik*.

Faktor Lingkungan yang dapat mempengaruhi status gizi antara lain lingkungan fisik, biologis dan sosial ekonomi (Kemenkes, 2017).

Menurut Gibson (2005) menilai status gizi dapat dilakukan dengan 5 metode yaitu antropometri, laboratorium, klinis, survei konsumsi pangan dan faktor ekologi. Dalam penelitian ini menggunakan penilaian gizi dengan metode antropometri.

### 2.1.1 Antropometri

Berasal dari kata *anthropos* yang berarti manusia dan *metri* yang berarti ukuran. Dapat diartikan sebagai mengukur fisik dan bagian tubuh manusia. Dalam hal pengukuran status gizi antropometri menjadikan ukuran tubuh manusia sebagai metode mengukur status gizi dengan konsep dasar pertumbuhan, jadi pada dasarnya antropometri digunakan untuk mengukur pertumbuhan (Kemenkes, 2017).

Supriasa (2016) mengemukakan Antropometri merupakan berbagai macam pengukuran dimensi dan komposisi tubuh dari berbagai macam umur dan status gizi.

Setiap indikator pasti mempunyai kelebihan dan kekurangan begitu juga dengan antropometri. Kemenkes menjelaskan kelebihan antropometri antara lain: prosedur pengukuran yang cukup sederhana dan aman digunakan; relatif tidak membutuhkan tenaga ahli (dapat dilakukan pelatihan sederhana); alat ukur relatif terjangkau, mudah dibawa, tahan lama; hasilnya tepat dan akurat; hasil

pengukuran dapat mendeteksi riwayat asupan gizi masa lampau; hasil antropometri dapat mengidentifikasi status gizi dan menjadi *screening tools* (alat penapisan). Sedangkan untuk kekurangan antropometri antara lain; hasil antropometri tidak sensitif karena tidak dapat membedakan kekurangan zat gizi tertentu terutama zat gizi mikro; faktor diluar gizi yang menurunkan spesifikasi dan sensitivitas ukuran; kesalahan dari pengukuran.

### 2.1.2 Parameter Antropometri

Banyak parameter yang digunakan dalam metode antropometri diantaranya Berat Badan, Lingkar Kepala, Lingkar Lengan Atas (LILA), Lingkar dada, Panjang Depa, Tinggi Lutut, Tinggi Duduk, *Waist to hip ratio* (Rasio Lingkar Pinggang dan Panggul), Tinggi/Panjang Badan (Kemenkes, 2017). Dalam penelitian ini parameter yang digunakan adalah umur dan tinggi/panjang badan.

#### 2.1.2.1 Umur

Umur bukan termasuk parameter antropometri, tetapi pertumbuhan sangat berkaitan dengan umur, maka umur menjadi sangat penting dalam penentuan status gizi. Perhitungan umur harus dilakukan secara teliti hal ini disebabkan pertambahan umur berkaitan langsung dengan pertumbuhan tubuh (Kemenkes,2017). Lebih lanjut Kemenkes menjelaskan tentang cara perhitungan

umur sebagai berikut :

Perhitungan umur dengan pembulatan dengan cara sebagai berikut; bila umur kelebihan atau kekurangan 16-30 hari maka dibulatkan menjadi 1 bulan.

Dan bila umur kelebihan atau kekurangan 1-15 hari, maka dibulatkan menjadi 0

bulan. Penetapan umur dilakukan dengan menggunakan rujukan *WHO-NCHS* dan grafik pertumbuhan *CDC 2000*.

Perhitungan, berdasar bulan penuh dihitung berdasar hari dalam bulan berjalan, dilakukan dengan cara sebagai berikut bila umur anak kelebihan 1-29 hari maka dihitung 0 bulan; bila umur anak kurang 1-29 hari, maka dikurangi 1 bulan, umur dihitung dengan cara sistem pinjam. Penetapan umur berdasar bulan penuh dilakukan jika menggunakan rujukan *WHO-2005*.

Jika orang tua tidak ingat dengan tanggal lahir anak, maka hal yang dapat dilakukan antara lain; meminta dokumen bukti kelahiran (misal : surat keterangan lahir, kartu keluarga, atau catatan lain), memakai kalender lokal (misal : Hijriyah atau bulan Jawa) yang selanjutnya dikonversikan ke kalender tahun Masehi, berdasar daya ingat berdekatan dengan *momen/kejadian* tertentu (misal hari besar atau fenomena alam), cara terakhir dengan membandingkan dengan teman sebaya yang diketahui tanggal lahirnya (Kemenkes, 2017).

### 2.1.2.2 Tinggi/Panjang Badan

Parameter ini digunakan untuk mengukur dan menggambarkan pertumbuhan linier yaitu pertumbuhan massa tulang yang terjadi akibat dari asupan gizi jangka lama (kronis). Istilah tinggi badan digunakan untuk anak yang diukur dengan cara berdiri > 24 bulan dengan menggunakan *microtoise*.

Sedangkan panjang badan merupakan istilah pengukuran tinggi badan pada anak usia 0-24 bulan yang diukur dengan cara terlentang (berbaring) dengan menggunakan *infantometer*. Alat ukur panjang/tinggi badan memiliki ketelitian 0,1 cm (Kemenkes, 2017).

Senada dengan Gibson (2005), panjang badan khusus digunakan untuk anak berusia < 2 tahun atau pasien dalam kondisi khusus yang tidak dapat berdiri atau duduk. Sedangkan tinggi badan khusus digunakan untuk usia  $\geq 2$  tahun.

### 2.1.3 Pengukuran Antropometri

Menurut KEPMENKES 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak menjelaskan ketentuan penggunaan standar antropometri WHO 2005 antara lain: 1. Umur dihitung dalam bulan penuh. Contoh: umur 2 bulan 29 hari dihitung umur 2 tahun; 2. Ukuran panjang badan (PB) digunakan untuk anak usia 0-24 bulan diukur terlentang. Jika anak usia tersebut diukur dengan cara berdiri, maka ditambahkan faktor koreksi 0,7 cm; 3. Ukuran tinggi badan (TB) digunakan untuk anak usia >24 bulan diukur berdiri. Jika anak usia tersebut diukur dengan terlentang dikurangi faktor koreksi 0,7 cm; 4. Pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*very stunted*) adalah status gizi berdasar pada indeks panjang/tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U).

### 2.1.4 Indeks PB/U atau TB/U

Indeks ini menggambarkan pertumbuhan linier anak menurut panjang atau tinggi badan menurut umur. Digunakan untuk mengidentifikasi anak pendek (dibawah garis -2SD) disebabkan *defisiensi* kronis atau infeksi berulang, sehingga indeks ini digunakan sebagai indikator *Stunting* (Kemenkes, 2017).

Tinggi badan menggambarkan status gizi *skeletal*, pada kondisi normal tumbuh seiring pertambahan umur. Tinggi badan kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi jangka pendek. Indeks PB/U atau TB/U

menggambarkan status gizi masa lalu dan erat kaitannya dengan status sosial-ekonomi. Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan antara lain berat badan menurut umur (BB/U), tinggi atau panjang badan menurut umur (TB/U atau PB/U), berat badan menurut tinggi badan atau panjang badan (BB/TB atau BB/PB) dan indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) (Supriasa, 2016). Indeks yang digunakan dalam penelitian ini yaitu TB/U dan PB/U.

### 2.1.5 Interpretasi Indeks PB/U atau TB/U

Interpretasi indeks antropometri diperlukan *cut of point* (ambang batas) yang dapat disajikan dalam tiga cara antara lain: persen terhadap median, persentil dan unit standar deviasi. Penelitian ini menggunakan nilai median sebagai nilai normal, sedangkan standar deviasi atau nilai simpangan baku digunakan menilai seberapa jauh penyimpangan dari median. Berikut ini *cut of point* status gizi anak berdasarkan indeks PB/U dan TB/U berdasarkan WHO 2005 :

Tabel 2.1 Kategori dan ambang batas status gizi anak indeks TB/U atau PB/U indeks WHO 2005

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (z-score)
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Sangat Pendek	< -3SD
	Pendek	-3SD sampai dengan <-2SD
	Normal	-2SD sampai dengan 2SD
	Tinggi	>2SD

Sumber : Keputusan Kementerian Kesehatan Nomor: 1995/Menkes/SK/XII/2010

### 2.2 Kesehatan Jiwa/Mental

Kamus Besar Bahasa Indonesia mendefinisikan sehat merupakan kondisi bugar dan nyaman seluruh tubuh dan bagian-bagiannya, bersifat relatif atau subjektif sesuai orang yang merasakan tidak terbatas pada kondisi fisik saja tapi juga termasuk kondisi psikologis, lingkungan sosial dan spiritual (Yusuf dkk.,

2015). Sejalan dengan *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan sehat dalam arti yang luas, yaitu keadaan sempurna baik fisik, mental, sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit, kelemahan/kecacatan (Azizah, *et al.*, 2016).

Jiwa/mental merupakan unsur pada manusia yang bersifat non materi, tetapi fungsi dan *manifestasinya* sangat terkait pada materi. Hal ini disebabkan jiwa bukan merupakan benda, melainkan sebuah sistem perilaku, hasil pemikiran, perasaan, persepsi dan berbagai pengaruh lingkungan sosial.

Manifestasi jiwa tampak pada kesadaran yang bersifat kualitatif yang diukur dengan memperhatikan perbedaan *stimulus* (*stressor*) dan *respons* (perilaku yang ditampilkan), *afek*, emosi, psikomotor, proses berpikir, persepsi, dan sifat kepribadian (Yusuf *et al.*, 2015).

Dalam Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Yusuf *et al.* (2015) mengungkapkan beberapa definisi tentang orang yang sehat jiwanya antara lain diungkapkan : *Karl Menninger* mendefinisikan orang yang sehat jiwanya adalah orang yang mampu menyesuaikan diri terhadap lingkungan, berintegrasi dan berinteraksi dengan baik, tepat dan bahagia. *Michael Kirkpatrick* mendefinisikan orang yang sehat jiwanya adalah orang yang bebas dari gejala gangguan *psikis*, serta dapat berfungsi optimal sumber daya yang ada padan nya. *Clausen* mendefinisikan orang yang sehat jiwanya adalah orang yang dapat mencegah gangguan mental akibat berbagai *stressor* yang dipengaruhi besarnya *stressor*, intensitas, makna, budaya, kepercayaan, agama.

Azizah *et al.* (2016) menyebutkan kesehatan jiwa manusia berarti terwujudnya interaksi atau kondisi saling mempengaruhi yang harmonis dari fungsi jiwa (biologis, psikologis, sosial dan spiritual) dan sanggup menghadapi masalah, merasa bahagia dan mampu diri. Lebih lanjut dijelaskan bahwa orang

yang sehat jiwanya mempunyai kemampuan beradaptasi baik dengan dirinya sendiri, orang lain, masyarakat dan lingkungan.

WHO (2008) menjelaskan kriteria orang yang sehat jiwanya adalah orang yang mampu melakukan kegiatan sebagai berikut : menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk, merasa bebas secara relatif dari ketegangan dan kecemasan, memperoleh kepuasan dari usahanya atau perjuangan hidupnya, merasa lebih puas untuk memberi daripada menerima, berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan, mempunyai daya kasih sayang yang besar, menerima kekecewaan untuk digunakan sebagai pelajaran di kemudian hari, mengarahkan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan komunikatif (Azizah *et al.*, 2016).

Abraham Maslow dalam Azizah (2016) mengategorikan seseorang yang sehat jiwanya memiliki persepsi yang akurat terhadap realitas, menerima diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Sebelas (11) kriteria sehat jiwa Maslow dijelaskan sebagai berikut: 1. *Adequate feeling of security*/rasa aman yang memadai dalam hubungan pekerjaan, sosial dan keluarga; 2. *Adequate self-evaluation*/kemampuan menilai diri sendiri yang cukup (perasaan berharga, harga diri, tidak merasa bersalah berlebihan); 3. *Adequate spontaneity and emotionally*/memiliki spontanitas dan perasaan cukup dengan orang lain (membentuk ikatan emosional secara kuat, persahabatan-cinta; ekspresi cukup pada ketidaksukaan tanpa hilang kontrol; berbagi rasa; menyenangkan diri sendiri); 4. *Efficient contact with reality* /mempunyai kontak yang efisien dengan realitas yang mencakup 3 aspek yaitu fisik, sosial dan diri sendiri ditandai dengan tidak adanya fantasi berlebihan, berpandangan luas terhadap dunia serta mampu

mengatasi kesulitan; 5. *Adequate bodily desire and ability to gratify them/keinginan dan kemampuan jasmani yang cukup*; 6. *Adequate self knowledge/mempunyai pengetahuan yang cukup tentang motif, keinginan, tujuan, ambisi, hambatan, kompensasi, pembelaan, perasaan rendah diri, dll (penilaian yang reliable terhadap kekurangan dan kelebihan diri)*; 7. *Integration and consistency of personality/memiliki kepribadian utuh dan konsisten yang mencakup minat dan bakat, moral dan kata hati tidak menyimpang, konsentrasi, tidak terlibat konflik besar dalam kepribadiannya*; 8. *Adequate life goal/tujuan hidup sesuai dan dapat dicapai*; 9. *Ability to learn from experience/kemampuan belajar dari pengalaman baik yang menyenangkan dan menyakitkan*; 10. *Ability to satisfaction the requirements of the group/kemampuan memuaskan tuntutan kelompok*; 11. *Adequate emancipation from the group or culture/mempunyai emansipasi yang cukup dari kelompok atau budaya (menilai sesuatu baik/buruk)*.

Kesehatan fisik telah lama menjadi perhatian manusia, tetapi tidak dapat dipungkiri manusia merupakan makhluk *holistik* tidak hanya fisik tetapi juga mental dan sosial yang tidak terpisahkan. Hubungan ini dibuktikan oleh Hall & Goldberg tahun 1984 (Notosoediro,2005) dalam Azizah (2016) bahwa pasien yang sakit secara fisik menunjukkan adanya gangguan mental seperti depresi, kecemasan, sindroma otak organik, dll. Tiga kemungkinan hubungan yang dapat terjadi antara sakit fisik dan mental antara lain: 1. Orang yang sakit mental karena sakit fisiknya; 2. Orang sakit fisik disebabkan gejala gangguan mental; 3. Antara gangguan mental dan fisik saling menopang artinya menderita secara fisik menimbulkan gangguan secara mental dan sebaliknya.

Masalah kesehatan mental sangat besar dan menimbulkan beban kesehatan yang signifikan. RISKESDAS 2013 menunjukkan prevalensi gangguan

mental dan emosional (depresi dan *axiety*) pada usia > 15 tahun sebesar 6%.

Hal ini berarti > 14 juta jiwa menderita gangguan mental emosional. Angka ini meningkat menjadi 9,8% pada Tahun 2018. Prioritas penanganan kesehatan mental melalui pengembangan Upaya Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat (UKJBM) yang dilakukan terpadu antara Puskesmas dengan masyarakat yang bertujuan mencegah meningkatnya gangguan jiwa masyarakat (Kemenkes, 2016).

Konsep pengasuhan psikososial meliputi bicara pada anak, mendongeng, kontak fisik yang sering dengan anak, menyediakan lingkungan yang aman sebagai upaya perlindungan pada anak. Kekurangan pengasuhan menyebabkan status gizi anak buruk. Kualitas interaksi anak dengan ibu mengindikasikan kualitas asuhan psikososial (Carvalhoes dalam Neto *et al.*, 2016). Selanjutnya Miranda dalam Neto *et al.*, (2016) menemukan hubungan positif antara interaksi yang rendah pada ibu dengan anak malnutrisi dan ibu dengan *CMD*.

### 2.2.1 Pengertian Gangguan Jiwa/Mental

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa Indonesia (PPDGJ) III gangguan jiwa merupakan sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi penting dalam manusia, antara lain fungsi psikologik, perilaku, biologis, dan gangguan itu tidak hanya terletak dalam hubungan orang tetapi juga dengan masyarakat.

Maslim (2002) menyatakan gangguan jiwa merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab. Ditandai dengan penyimpangan fundamental,

karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya *afek* yang tidak wajar atau tumpul (Yusuf *et al.*, 2015).

Sumber penyebab gangguan jiwa dijelaskan Yusuf *et al.* (2015) antara lain: 1. Faktor Somatik (*Somatogenik*) yaitu akibat gangguan neuroanatomi, neurofisiologi, neurokimia termasuk tingkat kematangan, perkembangan organik, faktor prenatal dan perinatal; 2. Faktor Psikologik (*Psikogenik*) terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antar saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat, intelegensi, perkembangan emosi, konsep diri, pola adaptasi; 3. Faktor sosial budaya yang meliputi faktor kestabilan harga, pola asuh, tingkat ekonomi, perumahan, masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, kesejahteraan tidak memadai, rasial dan agama.

### 2.2.2 Klasifikasi Gangguan Jiwa/*Mental Disorder*

WHO memulai klasifikasi penggolongan diagnosis gangguan jiwa pada tahun 1960-an dengan klasifikasi *Classification of Disease (ICD)* yang sampai saat ini telah mencapai berbagai penyempurnaan menjadi *ICD X* (edisi ke 10).

Sistem klasifikasi ini menggunakan system aksis tunggal (uniaksis), yang mencoba menstandarkan diagnosis menggunakan definisi deskriptif dari berbagai sindrom dan mempertimbangkan diagnosis banding. Indonesia menggunakan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ) yang saat ini telah sampai pada PPDGJ III yang disusun berdasarkan *ICD X* (Yusuf *et al.*, 2015).

Tabel 2.2. Klasifikasi PPDGJ III atau ICD X

No.	KODE	DIAGNOSA
1.	F00 – F09	Gangguan mental organik (termasuk gangguan mental somatik)
2.	F10 – F19	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif
3.	F20 – F29	Skizofrenia, gangguan skizotipal, gangguan waham
4.	F30 – F39	Gangguan suasana perasaan (mood/afektif)
5.	F 40 – F49	Gangguan neurotik, somatoform, gangguan terkait stress
6.	F50 – F59	Sindrom perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik
7.	F60 – F69	Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa
8.	F70 – F79	Retradasi mental
9.	F80 – F89	Gangguan perkembangan psikologis
10.	F90 – F98	Gangguan perilaku dan emosional dengan onsets biasanya pada anak dan remaja.

Sumber : Pedoman Penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia PPDGJ III dalam Yusuf *et al* (2015).

Selanjutnya Yusuf *et al.*,(2015) menyebutkan bahwa Asosiasi Dokter Psikiatri Amerika juga mengembangkan sistem klasifikasi berdasarkan diagnosis dan manual statistik dari gangguan jiwa/*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)* yang saat ini telah mencapai *DSM-IV-TR* diterbitkan pada tahun 2000 dan menggunakan sistem multiaksis yang menggambarkan berbagai gejala yang harus ada agar diagnosis dapat ditegakkan. Meliputi hal sebagai berikut: 1. Aksis 1: sindroma dan kondisi lain yang mungkin menjadi fokus perhatian klinis; 2. Aksis 2: gangguan kepribadian dan retardasi mental; 3. Aksis 3: kondisi medis secara umum; 4. Aksis 4: masalah lingkungan dan psikososial; 5. Aksis 5: penilaian fungsi secara global.

Klasifikasi secara umum menurut hasil Riset Dasar Kesehatan (RISKESDAS) tahun 2013 dibagi menjadi dua antara lain: 1. Gangguan jiwa berat/kelompok *psikosa* termasuk *skizofrenia*; 2. Gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan lain sebagainya.

*Common Mental Disorder (CMD)* meliputi 2 (dua) kategori diagnosa utama yaitu : gangguan depresi (*depressive disorder*) dan gangguan kecemasan

(*anxiety disorder*). Kedua gangguan ini memiliki prevalensi tinggi dalam populasi dan mempengaruhi *mood* dan *feeling* seseorang. Gejala tergantung tingkat keparahan (ringan ke berat) dan durasi (hitungan bulan ke tahun) dapat berupa perbedaan perasaan dan kesedihan, stress atau rasa takut yang siapa saja bisa mengalami dari waktu ke waktu dalam kehidupannya. Jumlah penderita CMD terus bertambah secara global terutama di negara berpenghasilan rendah karena populasi bertambah sehingga lebih banyak orang hidup dalam usia rentan depresi dan kecemasan (WHO,2017).

Gangguan mental emosional merupakan kondisi dimana seseorang mengindikasikan mengalami perubahan psikologis yang mungkin merupakan sebuah kondisi normal, tetapi dapat juga merupakan kondisi psikologis. Istilah gangguan mental emosional mengacu pada istilah yang dipakai dalam survei kesehatan rumah tangga (SKRT) tahun 1995. Istilah yang lebih tepat untuk gangguan jiwa/mental adalah distres psikologik (Idaini, *et al.*, 2014).

Faktor yang mempengaruhi terjadinya gangguan mental emosional yang umum antara lain: 1) Gender : wanita memiliki prevalensi lebih tinggi dibanding laki-laki. 2) Usia: secara umum usia >75 tahun lebih berpotensi, wanita menderita CMD rata-rata puncak pada usia 45-54 tahun, laki-laki 35-44 tahun, King *et al.* (2008) dalam NICE (2011) menyebutkan usia muda lebih berisiko menderita depresi. 3) Status pernikahan: wanita dengan status pernikahan "menikah" lebih mungkin memiliki gangguan dibanding laki-laki menikah pada tahun 2007 (Mc Namus *et al.*, 2009 dalam NICE, 2011). 4) Etnis: gangguan pada wanita prevalensi tertinggi di grup wilayah Asia Selatan (kecuali kasus *phobia*). 5) Sosial Ekonomi: orang yang tinggal di dalam rumah tangga dengan pendapatan terendah lebih mungkin mengalami gangguan dibandingkan dengan orang yang

tinggal dengan tingkat pendapatan tertinggi. Beberapa faktor *socioeconomic* mempengaruhi secara signifikan terhadap kejadian depresi antara lain: tidak bekerja, pendidikan rendah, berada dalam kategori sosial yang rendah, dalam kurun 2 tahun berpindah sebanyak 3x atau lebih dan hidup di daerah perkotaan, stress dalam pekerjaan, perumahan yang buruk, isolasi sosial, riwayat depresi sebelumnya pada penderita maupun keluarga. Lebih lanjut Brown & Haris (1978) dalam NICE (2011) menyebutkan faktor kerentanan sosial di Inggris pada wanita untuk mengalami depresi antara lain: memiliki 3 anak atau lebih di bawah 14 tahun dalam satu rumah, tidak bekerja diluar rumah, membatasi hubungan dengan orang lain. 6) *Learning disabilities*: tingkat gangguan mental bervariasi tergantung dari tingkat keparahan pada ketidakmampuan belajar, dan menjadi lebih tinggi pada ketidakmampuan yang parah (NICE, 2011).

### 2.2.2.1 Depresi

Depresi merupakan salah satu gangguan jiwa yang dipengaruhi oleh *stress psikososial*. Depresi dapat berupa gejala, sindrom dan diagnosa tergantung sejauh mana *stressor psikososial* yang dialami oleh seseorang mempengaruhi diri orang tersebut (Machira *et al.*, 2007).

Definisi depresi lain merupakan gejala/sindrom/kesakitan tentang kelainan *mood* yg berbeda dari kondisi normal berlangsung terus menerus, meresapi kesengsaraan, putus asa, kehilangan harapan menjadi ciri dari depresi paparan rasa kecewa atau kegagalan diluar harapan (Malhi & Bridges, 1998).

Pada level global lebih dari 300 juta orang menderita depresi setara dengan 4,4% populasi penduduk dunia (WHO, 2015).

Faktor Penyebab Depresi Namora (2009) menyebutkan gangguan secara terus menerus pada individu tentang tuntutan dan hambatan pada lingkungan dibandingkan dengan kemampuan dirinya dalam menyelesaikannya. Apabila seseorang merasakan ketidakseimbangan tuntutan dengan kemampuan maka stress akan muncul dan menjadikan depresi jika gangguan psikologis tersebut telah berlangsung dalam waktu > 2 minggu (APA, 2000). Tuntutan dan hambatan dapat diklasifikasikan antara lain : *frustasi* merupakan hambatan atau kegagalan seseorang dalam mencapai suatu tujuan baik yang berasal dari lingkungan maupun dari diri individu tersebut.; *konflik* salah satunya muncul karena keharusan memilih satu diantara kebutuhan maupun tujuan, pilihan terhadap alternatif lainnya akan menghasilkan *frustasi* bagi alternatif lain; *tekanan* atau paksaan untuk mencapai suatu hasil tertentu atau berperilaku tertentu baik dari lingkungan, orang lain dan dari diri individu sendiri; dan *ancaman* yang merupakan kondisi yang merugikan dan tidak menyenangkan bagi seseorang baik berupa situasi maupun kejadian.

WHO (2017) menyebutkan depresi ditandai dengan kesedihan, kehilangan ketertarikan terhadap kesenangan, merasa bersalah, harga diri rendah, gangguan tidur dan nafsu makan, merasa lelah, dan konsentrasi rendah.

Malhi dan Bridges (1998) menyatakan bahwa tanda dan gejala klinis dan biologis depresi adalah sebagai berikut: Penampilan dan tingkah laku (*appearance and behaviour*) diantaranya menghindari kontak mata dengan mengalihkan pandangan ke bawah. Duduk dengan posisi merosot dan bahu membungkuk. Ekspresi wajah datar, alis datar, sudut mulut ke bawah, frekuensi berkedip yang berkurang. Tempo bicara (*speech*) berkaitan dengan kecepatan bicara lebih lambat dari biasanya, intonasi datar dan cenderung lebih pendiam.

Pada depresi yang parah biasanya kekurangan kosa kata, berbicara tersendat dan respon yang terlambat atas jawaban pertanyaan. Suasana hati (*mood*) yang rendah dan berubah-ubah, perasaan sedih dan atau kehilangan harapan tetapi juga bisa ditandai apatis dan lekas marah. Kelelahan dan lesu (*fatigue and lethargy*), perasaan kelelahan disebabkan kehilangan, kekurangan, kehabisan energi sepanjang waktu secara tiba-tiba. Variasi suasana hati harian (*diurnal variation of mood*) gejala ini merupakan khas dari depresi dimana *mood* individu dengan depresi ada pada kondisi terendah saat bangun tidur, membaik saat siang hari perubahan pola inilah yang dinamakan *diurnal variation of mood*.

Tanda dan gejala yang berikutnya antara lain : *Sleep* atau gangguan tidur dan sulit tidur yang mengakibatkan berkurangnya kualitas tidur yang berdampak bangun dalam kondisi lemas dan lelah meski durasi tidur normal. Bangun lebih awal dari jam biasanya. *Appetite and weight* (kehilangan nafsu makan) sampai mengakibatkan kehilangan 5% berat badan dalam 1 bulan. *Anhedonia* pada individu dengan depresi kemampuan mengelola emosi terbatas pada suasana hati yang depresi, terjebak dalam perasaan yang tidak dapat diungkapkan, dikelilingi rasa *feeling lonely* (merasa sendirian) gejala ini disebut *depersonalisasi*. Tidak dapat menikmati kesenangan, hobi, makanan dan lain sebagainya. Gejala biologis yang terbalik (*Reversed biological symptoms*) terjadi dalam beberapa kasus depresi (*atypical depression*) ditemukan gejala kebalikan dari yang telah disebutkan, misalnya meningkatnya nafsu makan dan berat badan, meningkatnya waktu tidur. Bunuh Diri (*Suicidality*) penting untuk ditanyakan sesering mungkin pada penderita depresi tentang pikiran dan kapan terbesit keinginan untuk mengakhiri hidup (bunuh diri) meskipun tidak semua pasien akan berkata jujur tentang hal ini.

Namora (2009), menjabarkan gejala pada individu dengan depresi antara lain: gejala fisik, gejala psikis, gejala sosial. Gejala fisik meliputi : gangguan pola tidur, menurunnya tingkat aktivitas, menurunnya efisiensi kerja dan menurunnya produktivitas kerja. Gejala psikis meliputi : kehilangan rasa percaya diri, sensitif, merasa diri tidak berguna, perasaan bersalah (*guilty feelings*), perasaan terbebani. Gejala yang terakhir adalah gejala sosial merupakan perubahan perilaku individu dengan depresi pada umumnya negatif (mudah marah, tersinggung, menyendiri, sensitif, mudah letih dan mudah sakit), perilaku ini menimbulkan reaksi pada lingkungan tertentu biasanya berkisar pada masalah interaksi dengan rekan kerja, pimpinan, bawahan dan relasi lain. Masalah yang muncul bisa berupa perasaan minder, gelisah, tidak nyaman untuk berada dan berkomunikasi dalam suatu kelompok, tidak mampu bersikap aktif dan terbuka dalam menjalin hubungan dalam suatu lingkungan tersebut.

Lebih lanjut Beck dalam Namora (2009) menjelaskan *symtoms*/gejala depresi terbagi dalam 4 bagian, antara lain: Gejala Emosional, Gejala Kognitif, Gejala Motivasional dan Gejala Fisik. Gejala Emosional merupakan akibat langsung dari keadaan emosi berupa perubahan perasaan atau tingkah laku. Dapat berupa penurunan *mood* akibat perasaan sedih, kelabu maupun *dysphoria*; pandangan negatif terhadap diri sendiri merasa tidak berharga, tidak berdaya, dan lemah; tidak merasakan kepuasan dalam makan dan kebutuhan biologis lain seperti aktivitas seksual; menangis atau dalam keadaan yang lebih lanjut seseorang tidak lagi dapat menangis, hilang respon kegembiraan termasuk respon terhadap sesuatu yang lucu; degradasi perasaan kasih sayang terhadap orang lain, degradasi perasaan cinta timbulnya perasaan acuh tak acuh sampai apatis; aktivitas santai (tidur, istirahat, santai) memberi kepuasan lebih.

Gejala kedua adalah Gejala Kognitif yakni rendahnya penilaian terhadap diri sendiri mengenai intelegensi, penampilan, kesehatan, daya tarik, popularitas, penghasilan; harapan negatif diantaranya mengharapkan hal terburuk terjadi, menolak perbaikan dan perubahan kearah yang lebih baik; menyalahkan diri sendiri; tidak dapat membuat keputusan termasuk keputusan sehari-hari karena adanya anggapan bahwa setiap keputusan yang diambilnya adalah salah dan menyesalinya-aspek pertama; aspek kedua tentang pengambilan keputusan berkaitan dengan "*paralysis of the well*" yakni kelumpuhan kemauan, kecenderungan menghindari dan peningkatan *dependensi*; distorsi "*body image*", menyangkut anggapan bahwa dirinya tidak menarik dan adanya perubahan penampilan fisik yang menimbulkan kekhawatiran.

Gejala ketiga adalah Gejala Motivasional dimana terjadi penurunan dorongan yang menonjol terutama pada aktivitas yang mewajibkan tanggung jawab dan inisiatif yang menuntut energi cukup besar. Hilangnya motivasi ditemukan sekitar 65-86% pada penderita depresi. Hal ini berpengaruh pada motivasi dalam mobilisasi untuk beraktivitas sehari-hari seperti makan, minum dan buang air. Tapi tidak mau melakukannya. Hilangnya motivasi kedua yakni keinginan menyimpang, menghindari pola sehari-hari, lebih senang pada kegiatan pasif seperti melamun, menonton televisi dan bioskop atau tidur-tiduran di kamar. Hilangnya motivasi ketiga adalah peningkatan *dependensi* (ketergantungan) yang dapat diartikan sebagai harapan untuk ditolong, diberi petunjuk, diarahkan dan melakukan segala sesuatu tanpa susah payah. Dan hilangnya motivasi keempat atau yang terakhir keinginan bunuh diri yang dijumpai pada 74% pada penderita depresi.

Dan gejala terakhir (keempat) adalah Gejala Fisik, gejala ini berhubungan dengan aktivitas fisik yaitu kehilangan nafsu makan; gangguan tidur diperoleh dengan pengambilan rekaman jantung (*electrocardiogram-ECG*) sepanjang malam dan ditemukan gerakan berlebihan pada penderita depresi; mudah lelah ditandai dengan tangan dan kaki terasa berat dan merasa terlalu lemah untuk bergerak; kehilangan gairah seksual berkorelasi dengan penurunan nafsu makan dan kehilangan minat pada orang lain.

Menurut Idaini *et al.* (2013) lima gejala terbanyak pada penduduk yang mengalami gangguan mental, antara lain : mempunyai pikiran mengakhiri hidup sebesar 88%, tidak mampu melakukan hal-hal bermanfaat dalam hidup, merasa tidak bahagia, kehilangan minat pada berbagai hal, terganggunya pekerjaan sehari-hari.

Dampak Depresi mengarah pada lebih dari 50 juta orang *Years Lived with Disability (YLD)* pada 2015. Lebih dari 80% penyakit *non-fatal* menjadi beban pada negara berpenghasilan rendah dan menengah. Secara global depresi menempati peringkat terbesar penyumbang kerugian kesehatan yang tidak fatal sebesar 7,5% dari semua YLD (WHO,2017).

#### 2.2.2.2 Kecemasan (*Anxiety*)

Termasuk ke dalam grup gangguan mental yang ditandai dengan perasaan cemas, ketakutan, termasuk 1) *Generalised Anxiety Disorder (GAD)*, 2) *panic disorder*, 3) *phobia*, 4) *social anxiety disorder*, 5) *obsessive-compulsive disorder (OCD)*, dan 6) *post traumatic stress disorder (PTSD)* dengan gejala beragam dari ringan sampai berat, durasi gejala orang dengan *anxiety* membuat semakin kronis episode gangguannya (WHO, 2017).

NICE (2011) menjelaskan lebih lanjut 1) *Generalised Anxiety Disorder*

(GAD) merupakan gangguan kecemasan dan kekhawatiran yang berlebih, dapat berlangsung selama beberapa hari tidak lebih dari 6 bulan tergantung dengan adanya kegiatan atau peristiwa tertentu. Penderita GAD ditandai dengan gejala

kurang istirahat, mudah lelah, susah konsentrasi, mudah marah, otot tegang dan gangguan tidur. 2) *Panic disorder* dilaporkan dengan gejala ketakutan yang

hilang timbul, dan panic secara tiba-tiba yang terkait situasi maupun tempat tertentu atau serangan panik spontan tanpa sebab yang jelas, dan tidak diharapkan. 3) *Obsesive Compulsive Disorder (OCD)* ditandai dengan adanya

obsesi atau paksaan (salah satu atau keduanya), obsesi ditandai sebagai pikiran yang mengganggu, gambaran, dorongan yang berulang dalam pikiran seseorang dirasa menyedihkan dan diakui berasal dari dalam diri penderita OCD bukan dari luar. Contoh dari OCD yang umum antara lain: kontaminasi dari kotoran, virus,

bakteri; ketakutan akan bahaya; penyimpangan seksual (pedofilia atau homoseks). Sedangkan *compulsive* (paksaan) merupakan pengulangan tingkah laku atau aksi mental dimana seseorang merasa terdorong untuk melakukan sesuatu. Perilaku ini bisa terang-terangan dan diamati oleh orang lain atau

dilakukan secara rahasia sehingga tidak dapat diamati orang lain. 4) *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)* merupakan berkembang dalam respon dari

satu atau lebih peristiwa misalnya tindakan kekerasan antar pribadi, kecelakaan parah, bencana dan aksi militer. Orang yang berisiko PTSD antara lain : orang

yang selamat dari perang, penyiksaan, kecelakaan dan bencana, korban pelecehan seksual, perempuan yang mengalami trauma kelahiran bayi,

diagnosis penyakit yang mengancam kehidupan, dan lain sebagainya. 5) *Social Anxiety Disorder* atau dikenal sebagai phobia sosial yang ditandai dengan

ketakutan yang sering muncul dalam situasi sosial sebagai hasil tekanan yang cukup dan mempunyai dampak pada seseorang untuk melakukan kegiatan sehari-hari secara efektif, adanya perasaan takut dihakimi oleh orang lain dan perasaan malu dan dihina. 6) *Specific Phobias* ditandai ketakutan yang tidak beralasan, ekstrim dan menetap terhadap suatu objek atau kondisi tertentu yang tidak sebanding dengan bahaya atau ancaman aktual.

Prevalensi gangguan kecemasan pada populasi global sekitar 246 juta jiwa atau sebanyak 3,6% pada 2015. Meningkat 14,9% dari tahun 2005. Lebih umum terjadi pada wanita sebesar 4,6% dan pada laki-laki 2,6% (WHO, 2017).

Dampak kecemasan mengarah pada lebih dari 24,6 juta orang *Years Lived with Disability* (YLD) pada 2015. Bervariasi antar wilayah WHO dari 267 YLD per 100.000 di Afrika sampai 500 juta di bagian Amerika. Lebih rendah dibandingkan dengan depresi karena gangguan ini berhubungan dengan rata-rata disabilitas yang lebih rendah. Secara global kecemasan menempati peringkat keenam penyumbang kerugian kesehatan yang tidak fatal dari semua YLD (WHO, 2017).

### 2.2.3 Hubungan Kesehatan mental Ibu dengan Stunting

*Mother Common Mental Disorder (MCMD)* yang sering ditandai dengan adanya gejala depresi dan kecemasan pada ibu dapat dipengaruhi karakteristik sosiodemografi. Beberapa faktor sosial ekonomi diantaranya usia ibu, pekerjaan ibu, pendidikan ibu, jumlah anak, pekerjaan suami. 1) Usia Ibu ; perbedaan kelompok usia ibu menyebabkan perbedaan perubahan sosial dalam peran sosial untuk wanita yang lebih tua (Neto *et al.*, 2015). Wemakor (2016) menyatakan sebaliknya ibu usia muda lebih cenderung depresi. 2) Pekerjaan

ibu; ibu bekerja menyebabkan 4x anak lebih berisiko *stunting* daripada ibu rumah tangga, hal ini disebabkan rendahnya kontak karena waktu yang dimiliki ibu melakukan fungsi pengasuhan berkurang sehingga memungkinkan menjadi sebab masa ASI Eksklusif lebih pendek, penyapihan dini, peningkatan penggunaan botol dan MP ASI yang tidak tepat yang berakibat memberikan efek negatif pada pertumbuhan balita, hal ini tidak konsisten dengan penelitian lain yang menyebutkan bahwa ibu bekerja income rumah tangga lebih tinggi sehingga otonomi wanita untuk mengambil keputusan (*bergaining position*) lebih baik sehingga food security lebih baik, kualitas diet dan penggunaan pelayanan fasilitas kesehatan lebih baik hal ini mungkin disebabkan perbedaan praktek pengasuhan anak (Fikadu *et al.*, 2014). 3) Pendidikan ibu; ibu dengan pendidikan rendah memiliki risiko 4,08x lebih memiliki anak *stunted* (Girma *et al.*, 2019) lebih lanjut disebutkan rendahnya pendidikan ibu sebagai pengasuh primer anak mengakibatkan stimulasi dan aktivitas rendah sehingga interaksi buruk termasuk buruknya asupan gizi (tidak menyediakan atau abai terhadap asupan makan) menyebabkan *stunting* dan pertumbuhan terhambat (Stewart *et al.*, 2013). Hal ini didukung penelitian PH Nguyen *et al.* (2013) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan ibu menurunkan (4) Jumlah anak ; anak 8-10 /KK memiliki 4,5x lebih besar berisiko *stunting* dan anak 5-7/KK memiliki 2,97x lebih besar berisiko *stunting* daripada KK dengan jumlah anak 2-4 orang. Jumlah balita 3/KK memiliki 3,77x lebih besar berisiko *stunting*. Hal ini terutama jika rumah tangga nya miskin maka sumber daya makanan kurang, kompetisi ketersediaan pangan tinggi jika anggota keluarga semakin banyak (Fikadu *et al.*, 2014). Neto *et al.* (2015) menyatakan hal serupa yaitu semakin banyak jumlah anak pada keluarga dengan tingkat pendapatan rendah akan menambah kesulitan finansial dan

kurangnya berbagi waktu dengan masing-masing anak. 5) Pekerjaan suami ; 6) Status tempat tinggal dan 7) Pendapatan keluarga; keluarga dengan pendapatan rendah, kesejahteraan rendah lebih berisiko 3,76x untuk mempunyai anak *stunted* (Girma *et al.*, 2019). Keluarga miskin lebih cenderung depresi dibandingkan dengan keluarga dengan status pendapatan lebih baik (Wemakor, 2016), dijelaskan lebih lanjut oleh Stewart *et al.* (2013) bahwa kemiskinan menyebabkan *food insecurity* dan defisiensi mikronutrien dari kualitas makanan yang rendah dan makanan yang tersedia dialokasikan untuk beberapa anggota keluarga saja dimana merugikan kelompok umur dan gender tertentu. 8) Status Pernikahan; ibu dengan status tidak menikah lebih cenderung depresi 26,2% (Wemakor, 2016). 9) Jenis rumah tangga ; rumah tangga inti (jumlah anggota  $\leq$  4 orang) dan *extended family* ( $>4$  orang) hal ini berpengaruh dengan semakin padat rumah semakin tinggi risiko malnutrisi kronis terutama pada balita 0-2 tahun (Pregio dalam Neto *et al.*, 2015). Hal ini serupa dengan penelitian Shah, *et al.* (2003) menyatakan bahwa balita yang tinggal dalam rumah tangga padat anggota lebih cenderung *stunting*.

Penelitian di 15 negara menunjukkan gangguan psikiatrik mempunyai dampak langsung terhadap *disabilitas* sosial, misalnya : fungsi peran pekerjaan, kontak sosial, pengasuhan anak, peran sebagai pasangan, dan ketidakmampuan mengelola gangguan mental mempunyai dampak besar dibandingkan dengan *disabilitas* yang berasal dari gangguan/kelainan fisik (Ormel *et al.*, 1994). Ibu dengan depresi mempunyai skor yang lebih tinggi terhadap *disabilitas* dibanding ibu non-depresi, sehingga ibu tidak dapat memberikan pengasuhan yang layak terhadap anak yang kemudian menjadikan faktor risiko terhadap gangguan

status gizi bayi, penurunan prevalensi depresi ibu dapat menyebabkan penurunan keterlambatan pertumbuhan anak hingga 30% (Rahman *et al.*, 2004).

Terpisah dari pemberian makanan beberapa faktor juga menyumbang kejadian kurang gizi pada anak-anak, beberapa studi menyebutkan bahwa sikap dan perilaku ibu yang tepat mempunyai peranan penting dalam pemeliharaan status gizi yang baik. Selanjutnya dijelaskan bahwa dalam beberapa penelitian menunjukkan bahwa depresi pada ibu berhubungan dengan terganggunya perilaku pengasuhan-membahayakan, *non-responsive* praktek pengasuhan dan menurunkan pemberian ASI yang berakibat *malnutrisi* pada anak (Ejaz *et al.*, 2012).

Pertumbuhan dan perkembangan yang buruk pada anak berhubungan dengan kesehatan mental ibu, hal ini disebabkan ibu dengan depresi mempunyai interaksi yang berbeda jika dibanding ibu yang sehat mentalnya. Hal ini berpengaruh pada perkembangan kognitif yang buruk, sosial-emosional dan perilaku anak (Ford & Stein, 2015).

Studi di beberapa negara Asia Selatan melaporkan bahwa depresi pada ibu berhubungan dengan gangguan pertumbuhan fisik pada bayi. Temuan dari studi tersebut mengindikasikan ibu depresi berhubungan dengan kejadian stunting di India, Pakistan, Vietnam dan Bangladesh (Girma *et al.*, 2019).

Eva A Rehfuss (2011) menyebutkan bahwa hasil penelitian CTM di Brazil dan Pakistan (1996) terdapat hubungan positif antara *Mother Common Mental Disorders (MCMD)* dengan anak *stunting*; penelitian yang sama dilakukan di India dan Peru oleh Harpam T (2005) menyebutkan terdapat hubungan positif antara *Mother Common Mental Disorders (MCMD)* berpengaruh terhadap kejadian *stunting* di India, Peru, Vietnam dan Ethiopia. Penelitian serupa

menyebutkan bahwa kesehatan mental ibu berpengaruh terhadap kejadian *stunting* antara lain Ejaz *et al.* (2012); *Common Maternal Disorder (CMD)* memiliki proporsi jauh lebih tinggi terhadap kejadian *stunting* di Bangladesh dan Vietnam (Nguyen P.H, *et al.*, 2013); risiko *Common Maternal Disorder (rCMD)* tinggi berpengaruh terhadap variabel pertumbuhan pada tahun pertama awal kehidupan bayi (Bennett *et al.*, 2016); anak dengan ibu depresi atau gejala depresi lebih berpeluang untuk *underweight* atau *stunting* (Surkan P.J *et al.*, 2011).

Ibu dengan depresi berisiko 3x memiliki anak *stunting* (Wemakor & Mensah K.A, 2016). Hal ini senada dengan Girma *et al.* (2019) menyebutkan ibu dengan *CMD* memiliki kemungkinan 3x memiliki anak *stunting*. Hal ini disebabkan depresi pada ibu memiliki dampak pada pengasuhan anak, menurunkan perilaku *interpersonal* diantaranya menurunnya ketertarikan pada anak berakibat menurunnya keterlibatan dalam pengasuhan anak yang selanjutnya menyebabkan penurunan kemampuan penyediaan makanan sehat dan penurunan kualitas perawatan anak. Dampaknya adalah gangguan pertumbuhan fisik anak, kurang responsif terhadap anak dan kecil kemungkinan terbentuk *bonding* yang baik antara ibu dan anak.

### 2.3 Stunting

Menurut Kepmenkes No.1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, *Stunting* adalah keadaan tubuh yang pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*), dilihat dengan standar baku WHO-MGRS 2005 (*Multicentre Growth Reference Study*) dengan mengukur indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) dan Tinggi Badan

menurut Umur (TB/U). Balita pendek/sangat pendek dapat diketahui bila seorang balita telah melakukan pengukuran panjang atau tinggi badan kemudian hasilnya dibandingkan dengan standar, dan hasilnya dibawah normal dengan nilai *z-score* kurang dari -2 SD (Standar Deviasi) untuk balita dengan kategori pendek dan -3 SD untuk balita dengan kategori sangat pendek.

*Stunting* merupakan kondisi *malnutrisi* kronis sebagai bentuk kegagalan pertumbuhan linier yang disebabkan kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa balita karena kekurangan intake zat gizi secara kronis atau penyakit infeksi kronis berulang. *Stunting* tidak hanya diakibatkan hal yang terkait masalah kesehatan tetapi dipengaruhi berbagai kondisi lain yang tidak langsung (PUSDATIN, 2018).

*Malnutrisi* pada periode 1000 HPK (Hari Pertama Kelahiran) bersifat *irreversible* dan akan berdampak pada kualitas hidup jangka pendek dan panjang. Terutama kekurangan intake protein meski intake karbohidrat tercukupi akan mengalami keterlambatan pada pertumbuhan liniernya (panjang/tinggi badannya) (Stewart *et al*, 2013).

*Sustainable Development Goals* (SDGs) atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan menetapkan target penurunan angka *stunting* hingga 40% di 2025 pada urutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 dan tercapainya ketahanan pangan (PUSDATIN, 2018).

### 2.3.1 Penyebab *Stunting*

*Stunting* disebabkan Faktor Multi Dimensi (*multi dimensional factor*) yakni faktor dasar (*basic factors*), faktor penyebab tidak langsung (*underlying factors*), dan faktor penyebab langsung (*immediate factors*) (UNICEF, 1997; IFPRI, 2006, BAPPENAS, 2018). Lebih lanjut dijelaskan bahwa yang termasuk *basic factors*

antara lain: faktor globalisasi, perdagangan, urbanisasi, sistem kesehatan, pembangunan, pertanian, pemberdayaan perempuan, ekonomi, sosial dan politik; *underlying factors* antara lain: faktor ketahanan pangan, lingkungan sosial, lingkungan kesehatan, lingkungan pemukiman dan *immediate factors* antara lain: faktor asupan gizi dan status kesehatan. Hal ini serupa dalam STRANAS (2018) mengemukakan 2 penyebab terjadinya *stunting* antara lain : penyebab langsung dan penyebab tak langsung. Penyebab langsung antara lain asupan zat gizi dan status kesehatan. Sedangkan penyebab tak langsung antara lain: ketahanan pangan terutama akses terhadap makanan bergizi, lingkungan sosial pengasuhan – pemberian makanan bayi dan anak, akses terhadap pelayanan kesehatan baik dalam upaya *preventif* (pencegahan) maupun *kuratif* (pengobatan), kesehatan lingkungan mencakup tersedianya sarana air bersih dan sanitasi.

Berikut ini empat faktor penyebab *stunting* pada anak yang dijelaskan Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (2017) antara lain: praktek pengasuhan yang kurang baik, terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC-*Ante Natal Care*, *Post Natal Care* dan pembelajaran dini berkualitas, kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi, kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi.

Lebih lanjut dijelaskan bahwa praktek pengasuhan yang kurang baik disebabkan pengetahuan ibu tentang informasi kesehatan dan gizi pada saat WUS, kehamilan dan pasca persalinan. Menyebabkan 60% bayi usia 0-6 bulan tidak mendapat Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif, 2 dari 3 anak usia 6-24 bulan tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Terbatasnya pelayanan kesehatan termasuk pelayanan ANC-*Ante Natal Care*, *Post Natal Care* dan

pembelajaran dini berkualitas menyebabkan 2 dari 3 ibu hamil belum

mengonsumsi suplemen Fe dengan tepat, 1 dari 3 ibu hamil mengalami anemia.

Data yang dikumpulkan *World Bank* dan Kemenkes menyebutkan partisipasi

masyarakat ke posyandu semakin menurun dari 79% pada tahun 2007 menjadi

64% pada tahun 2013. Cakupan imunisasi dasar lengkap yang rendah.

Kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi disebabkan harga

bahan makanan bergizi (beberapa komoditas) termasuk sayur dan buah lebih

mahal dibanding di New Delhi India maupun di Singapura (RISKESDAS 2013,

SDKI 2012, SUSENAS). Keterbatasan akses ini berdampak pada kejadian

anemia pada 1 dari 3 ibu hamil di Indonesia. Penyebab keempat yakni kurangnya

akses ke air bersih dan sanitasi, *Open Defecation Free (ODF)* masih menjadi

kebiasaan 1 dari 5 rumah tangga di Indonesia. Dan akses terhadap air bersih

(SAB) masih belum dijangkau 1 dari 3 rumah tangga.

PUSDATIN (2016) membagi penyebab *Stunting* menjadi tiga bagian besar,

antara lain : Situasi Ibu dan Calon Ibu yang mencakup pertumbuhan janin dan

risiko *Stunting* ditentukan status kesehatan dan gizi pra-kehamilan, saat

kehamilan, dan pasca persalinan ibu, postur tubuh ibu (pendek), jarak kehamilan

terlalu dekat, kehamilan remaja usia < 20 tahun berisiko dan kurang *intake* zat

gizi saat kehamilan (bumil KEK) meningkatkan kejadian Bayi Berat Lahir Rendah

(BBLR) yang berkontribusi sebesar 20% terhadap kejadian *stunting*. Hal ini

disebabkan BBLR akan mengalami keterlambatan sampai usia balita yang

berlanjut hingga remaja.

Situasi Balita menjadi penyebab kedua yang berisi faktor risiko sebagai

berikut : 1. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), *WHO* menetapkan kriteria BBLR

adalah berat badan bayi lahir < 2500 gram dengan batas ambang 2499 gram.

Pertumbuhan linier anak berhubungan dengan ukuran bayi ketika dilahirkan (Kusharisupeni, 2002). Berdasarkan hasil RISKESDAS 2018 persentase 6,2% BBLR dari 56,6% balita yang memiliki catatan berat saat lahir; 2. Panjang Badan Lahir Rendah, kekurangan gizi sejak awal masa kehamilan berdampak terhadap berat dan panjang badan bayi yang dilahirkan (Kusharisupeni, 2016). Kategori panjang badan lahir bayi normal jika  $\geq 48$  cm dan pendek  $< 48$  cm (Kemenkes, 2010). Hasil RISKESDAS 2018 panjang badan lahir  $< 48$  cm pada anak usia 0-59 bulan persentasenya 22,7% dari 47,9% yang memiliki catatan panjang saat lahir. Prevalensi tersebut meningkat dari tahun 2013 sebesar 20,2% ; 3. ASI Eksklusif, Air Susu Ibu yang diberikan pada bayi usia 0-6 bulan tanpa tambahan baik berupa cairan atau makanan padat lainnya. Kebutuhan bayi usia 0-6 bulan dapat dipenuhi 100% dari ASI. Bayi yang diberikan ASI eksklusif pertumbuhannya lebih baik antara lain: kenaikan berat badan sesuai KBM (Kenaikan Berat Minimal), mencegah obesitas, mengurangi risiko alergi, mengurangi risiko karies gigi, mengurangi maloklusi kelainan rahang, *imunitas* yang lebih baik (ASI sebagai anti infeksi), *bonding* yang baik (Kemenkes, 2017). Rekomendasi WHO tentang praktik pemberian makan bayi yang benar yakni dengan memberikan ASI sesegera mungkin ( $< 1$  jam) setelah melahirkan/Inisiasi Menyusui Dini (IMD) selama 60 menit, dilanjutkan dengan memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan, dilanjutkan dengan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada usia 6 bulan di samping pemberian ASI sampai usia 24 bulan (IDAI, 2015). Dalam penelitian Candra (2011) dan hal ini juga didukung penelitian Dewi (2001) menyebutkan bahwa pemberian ASI kurang dan pemberian makanan atau formula terlalu dini dapat meningkatkan risiko *stunting* karena bayi cenderung lebih mudah terkena infeksi (diare dan ISPA); 4. MP ASI, merupakan makanan

pendamping yang diberikan sebagai pendamping ASI setelah bayi berusia 6-24

bulan. Pemberian MP ASI disebabkan karena saat bayi berusia > 6 bulan, ASI saja tidak lagi dapat memenuhi kebutuhan bayi (Kemenkes, 2017). Usia 6-9 bulan merupakan tahapan kritis dalam pengenalan makanan padat secara bertahap untuk stimulasi *oromotor*. Pengenalan yang lambat (> 9 bulan) kemungkinan untuk terjadinya masalah makan akan lebih tinggi (WHO, 2002).

Tabel 2.3. Angka Kecukupan Gizi per hari untuk usia 0-36 bulan yang dianjurkan (per orang per hari)

Komponen	Golongan Umur		
	0-6 bulan	7-11 bulan	12-36 bulan
Berat Badan (Kg)	6	9	13
Tinggi Badan (cm)	61	71	91
Energi (kkal)	550	725	1125
Protein (g)	12	18	26
Karbohidrat (g)	58	82	155
Lemak (g)	31	36	44
Serat (g)	0	10	16
Air (g)		800	1200
Vitamin A (RE)	375	400	400
Vitamin D (mg)	5	6	15
Vitamin E (mg)	4	5	6
Vitamin K (g)	5	10	15
Vitamin C (mg)	40	40	40
Tiamin (mg)	0,3	0,4	0,6
Riboflavin (mg)	0,3	0,4	0,7
Niacin (mg)	3	4	6
Vitamin B12 (mg)	0,4	0,5	0,9
Zat Besi (mg)	0,25	10	7

Sumber : Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG) X, 2013

Rekomendasi kecukupan gizi (energi) dari MP ASI di negara berkembang sebagai berikut : usia 6-8 bulan = 200 kkal/hari; usia 9-11 bulan = 300 kkal/hari dan usia 12-23 bulan = 550 kkal/hari (WHO, 2002).

Tabel.2.4 Pemberian Makan Pada Bayi dan Anak

Komponen	Golongan Umur		
	0-6 bulan	7-11 bulan	12-24 bulan
1. Ukuran	2-3 sdm ditingkatkan bertahap sampai ½ mangkok 250 ml (125 ml)	½ mangkok 250 ml (125 ml)	¾ - 1 mangkok 250 ml (175-250ml)
2. Frekuensi	Makan 2-3x/hari Snack 1-2x/hari	Makan 3-4x/hari Snack 1-2x/hari	Makan 3-4x/hari Snack 1-2x/hari
3. Tekstur	Halus/lumat	Lunak-cincang	Padat
4. Variasi	1 jenis bahan (6 bulan) 2 jenis bahan (7-8 bulan)	3-4 jenis bahan	Makanan keluarga
5. ASI	Sesuka bayi	Sesuka bayi	Sesuka bayi

Sumber : WHO, 2003

Tabel 2.5. Jenis dan Frekuensi Pemberian Makanan Pendamping ASI

Umur	Jenis Pemberian	Frekuensi/hari
6-8 bulan	ASI dan makanan lumat	6 bulan : 2x/hari 7-8 bulan : 3x/hari
9-11 bulan	ASI dan Makanan lunak/cincang	3x/hari makan utama 2x/ hari makanan selingan
12-24 bulan	ASI dan makanan keluarga	3x/hari makan utama 2x/ hari makanan selingan

Sumber : Kemenkes RI, 2014

5. Morbiditas/angka kesakitan merupakan salah satu risiko kondisi terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan proksimal yang kritis disebabkan oleh infeksi (Adair & Guilkey 1997; Berkman *et al.*, 2002). Infeksi disebabkan kurangnya layanan kesehatan pada masyarakat, kurangnya intake zat gizi, pola asuh yang kurang memadai dan keadaan lingkungan yang tidak sehat (Kemenkes, 2017). Penyakit infeksi berkontribusi terhadap penurunan nafsu makan yang menyebabkan penurunan asupan makanan, dan hal ini dapat menyebabkan malnutrisi. Checkley *et al.* (2008) memperkirakan 25% beban *stunting* dapat dikaitkan dengan > 5x kejadian diare sebelum usia 2 tahun. Black *et al.* (2013), menyatakan beberapa penyakit infeksi yang parah berujung pada kejadian *wasting* yang berkontribusi jangka panjang terhadap pertumbuhan linier khususnya jika ada ketersediaan pangan yang tidak cukup untuk masa pemulihan setelah infeksi.

### 2.3.2 Dampak Stunting

WHO (2017) menyebutkan ada 2 dampak yang ditimbulkan *stunting* yakni, dampak jangka pendek yang meliputi: peningkatan kejadian kesakitan dan kematian, perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak tidak optimal, peningkatan biaya kesehatan. Dan dampak jangka panjang antara lain : postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (dibandingkan dengan umur lebih pendek), meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya, menurunnya kesehatan reproduksi, kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah, produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.

Hal ini serupa dengan yang dikemukakan Gershwin *et al.* (2004) menyatakan bahwa *stunting* mempengaruhi perkembangan otak yang selanjutnya akan berefek pada kemampuan kognitif dan prestasi pendidikan anak, berpengaruh terhadap daya tahan tubuh dan produktivitas kerja di masa yang akan datang. *Stunting* dan masalah gizi lain diperkirakan menurunkan Produk *Domestic Bruto* (PDB) sekitar 3% per tahun (*World Bank*, 2014).

Meskipun pertumbuhan terhambat (kerdil) menggambarkan faktor risiko perkembangan anak (Walker *et al.*, 2007a) keduanya merupakan hasil dari kekurangan biologis dan psikososial yang pada efek jangka panjang pada postur tubuh, struktur otak dan fungsional otak (Grantham McGregor *et al.*, 2007).

Pertumbuhan terganggu hubungannya dengan *stunting* dapat dideteksi dini pada bayi usia 7 bulan (Abubakar *et al.*, 2010) dan berlanjut pada masa anak-anak sampai remaja (Walker, *et al.*, 2007b), kekurangan zat gizi mempengaruhi *neuroanatomy*, *neurochemistry* dan *neuropsychology* dengan perubahan jangka panjang yang potensial pada bentuk dan fungsi pada perkembangan lintasan otak di luar periode ketika perbaikan dapat terjadi (Georgieff, 2007).

Kekhawatiran global terhadap kualitas generasi di masa depan disebabkan besarnya masalah dan faktor yang berpengaruh pada kejadian *stunting* yang dimulai dari masa *konsepsi*, balita, usia sekolah, usia produktif sampai usia lanjut (TNPK, 2017).

### 2.3.3 Intervensi Stunting

Indonesia bergabung dalam gerakan global yang dikenal dengan *Scaling-Up Nutrition* (SUN) pada Tahun 2012, program ini berprinsip bahwa semua penduduk berhak mendapat akses makanan yang cukup dan bergizi (TNP2K,2017). Dua kerangka besar intervensi *stunting* yang dilakukan Pemerintah Indonesia terbagi menjadi dua yaitu :

#### 2.3.3.1 Intervensi Gizi Spesifik

Berkontribusi pada penurunan *stunting* sebesar 30%, dilakukan oleh jajaran kesehatan, bersifat jangka pendek dan dilakukan dalam waktu relatif pendek. Program ini berisi intervensi dengan sasaran kepada anak pada masa *Golden Age Period* yakni 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang tertuang dalam PERPRES No.42/2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) di bawah koordinasi Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan sebagai gugus tugas. Kegiatan fokus 1000 HPK terbagi dalam tiga intervensi utama, antara lain : sasaran Ibu Hamil berisi kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) ibu hamil untuk mengatasi Kekurangan Energi-Protein Kronik (KEK); *defisiensi* asam folat, zat besi, yodium; mengatasi infeksi kecacingan; dan melindungi dari malaria. Sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-6 bulan dilakukan dengan optimalisasi kegiatan dan pencapaian Inisiasi Menyusui Dini (IMD) terutama dalam pemberian *kolostrum*

yang dilanjutkan dengan pemberian Asi Eksklusif. Sasaran Ibu Menyusui dan Anak

Usia 7-23 bulan berisi kegiatan lanjutan pemberian ASI diatas usia 6 bulan dan berlanjut sampai usia 23 bulan dengan ditambahkan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI); pemberian obat cacing berkala; *suplementasi* zink; *fortifikasi* zat besi dalam makanan; perlindungan terhadap malaria, pemberian imunisasi dasar lengkap tepat waktu; dan pencegahan-pengobatan diare.

### 2.3.3.2 Intervensi Gizi Sensitif

Mempunyai kontribusi sebesar 70% pada penurunan *stunting* melalui berbagai kegiatan pembangunan lintas sektor (Kementerian dan Lembaga) di luar sektor kesehatan, mempunyai sasaran lebih luas yakni masyarakat umum.

Memiliki 12 kegiatan sebagai berikut: menyediakan dan memastikan akses terhadap air bersih, menyediakan dan memastikan akses terhadap sanitasi, melakukan fortifikasi bahan pangan, menyediakan akses kepada pelayanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB), menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal), memberikan pendidikan pengasuhan pada orang tua, memberikan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) Universal, memberikan pendidikan gizi masyarakat, memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja, menyediakan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin, meningkatkan ketahanan pangan dan gizi.

Upaya penurunan prevalensi *Stunting* juga tertuang dalam PERMENKES

No.39/2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) sebagai berikut: 1. Ibu Hamil dan Bersalin berisi kegiatan: intervensi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan,

mengutamakan jaminan mutu ANC terpadu, meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan, menyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein dan mikronutrien (TKPM), deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular), pemberantasan kecacingan, meningkatkan *transformasi* Kartu Menuju Sehat ke dalam Buku KIA, menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI Eksklusif, penyuluhan dan pelayanan KB. 2. Balita beres kegiatan: pemantauan pertumbuhan balita, menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) balita, menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak, memberikan pelayanan kesehatan yang optimal. 3. Anak Usia Sekolah beres kegiatan: melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), menguatkan kelembagaan Tim Pembina UKS, menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS), memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba. 4. Remaja beres kegiatan: meningkatkan penyuluhan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS), pola gizi seimbang, bebas rokok dan narkoba, *edukasi* kesehatan reproduksi (Kespro). 5. Dewasa Muda beres kegiatan: penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB), deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular), meningkatkan penyuluhan PHBS, gizi seimbang, bebas rokok dan narkoba.

Pada tahun 2017 pemerintah menetapkan PERPRES No.59/2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) yang beres dua upaya percepatan perbaikan gizi yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 yakni mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan nutrisi yang lebih baik dan mendukung pertanian berkelanjutan. Strategi percepatannya antara lain: peningkatan surveilans gizi termasuk pemantauan pertumbuhan, peningkatan

akses dan mutu paket pelayanan kesehatan dan gizi dengan fokus utama pada 1000 HPK (ibu hamil hingga anak usia 23 bulan), balita, remaja dan calon pengantin, peningkatan promosi perilaku masyarakat tentang kesehatan, gizi, sanitasi, hygiene dan pengasuhan, peningkatan peran masyarakat dalam perbaikan gizi termasuk melalui Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat-UKBM (Posyandu dan Pos PAUD), penguatan pelaksanaan, pengawasan regulasi dan standar gizi, pengembangan fortifikasi pangan, penguatan peran lintas sektor dalam rangka intervensi sensitif dan spesifik didukung peningkatan kapasitas pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam pelaksanaan rencana aksi pangan dan gizi.

Permasalahan terkait *stunting* menjadi skala prioritas ke-2 setelah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dalam RPJMN 2015-2019. Sebagai langkah awal, pada tahun 2018 sebanyak 100 Kabupaten/Kota dan 1000 Desa terpilih sebagai fokus area intervensi. Selanjutnya untuk 2019, 60 Kabupaten/Kota dan 600 Desa telah ditambahkan sebagai area fokus intervensi pencegahan *stunting* terintegrasi. Pelaksanaan intervensi pencegahan *stunting* terintegrasi mempunyai tantangan utama yakni *sustainability* (kesinambungan) komitmen dan dukungan dari pimpinan tertinggi dalam membuat pembangunan gizi sebagai prioritas. Tantangan selanjutnya adalah memastikan intervensi pencegahan *stunting* dapat dilaksanakan secara terintegrasi dan *konvergen* dengan pendekatan multisektor sampai ke tingkat daerah. Advokasi dan koordinasi merupakan kunci dan dilakukan terus menerus baik di tingkat pusat maupun daerah untuk meningkatkan komitmen dan menyatukan persepsi terhadap tujuan pelaksanaan kegiatan percepatan pencegahan *stunting*. Pendekatan berbasis hasil, pemberdayaan masyarakat

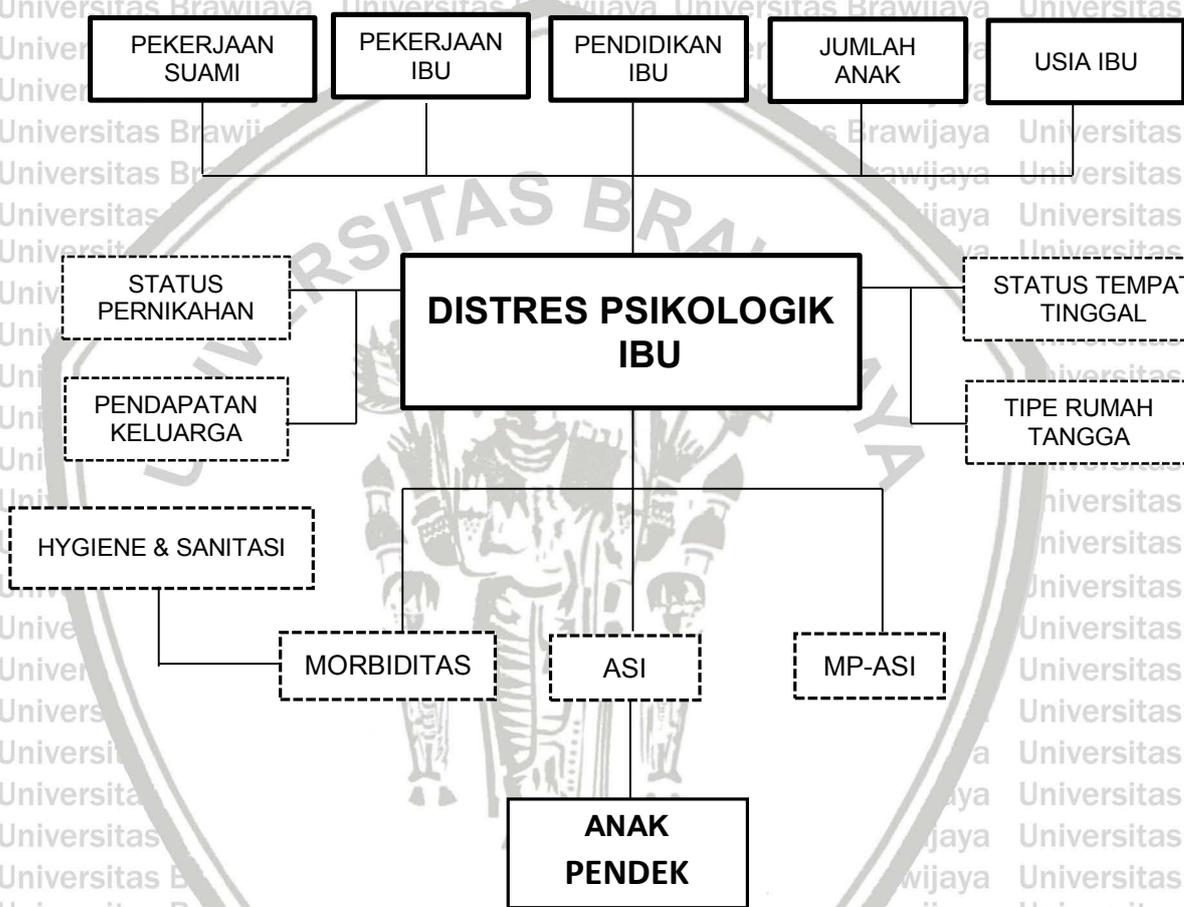
dan perubahan perilaku perlu dilakukan sebagai upaya pencegahan *stunting*.

Upaya percepatan pencegahan *stunting* wajib didukung sistem monitoring dan evaluasi yang efektif dan terus menerus (Kemenkes, 2018).



**BAB III**  
**KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konsep Penelitian**



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan :



Diteliti



Tidak diteliti



### 3.2. Penjelasan Kerangka Konsep

Ibu memiliki peran penting dalam tumbuh kembang anak, karena pengasuhan balita bergantung sepenuhnya kepada ibu sebagai *primary caregiver*. Skor distres psikologik ibu secara tidak langsung dapat menyebabkan *stunting* karena akan menyebabkan pola asuh yang tidak memadai, menurunkan sikap dan perilaku termasuk sikap responsif dalam pengasuhan, selanjutnya berpeluang menurunkan asupan makanan dan meningkatkan risiko kejadian kesakitan dan mempengaruhi pemanfaatan zat gizi oleh tubuh yang bisa menyebabkan terhambatnya pertumbuhan linier. Faktor yang mempengaruhi skor distres psikologik ibu diantaranya : usia ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak dalam rumah tangga, pekerjaan suami. Berdasarkan gambar 3.1, maka variabel bebas yang dipilih dalam penelitian adalah skor distres psikologik ibu terhadap kejadian *stunting*. Pengambilan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap distres psikologik ibu disesuaikan dengan waktu penelitian dan kemampuan peneliti, sehingga tidak semua variabel yang mempengaruhi distres psikologik diteliti.

### 3.4 Hipotesis Penelitian

Terdapat perbedaan skor distres psikologik antara ibu dengan anak *stunting* dan non *stunting*.

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah epidemiologi observasi analitik komparatif dengan rancangan penelitian *case control study* yaitu mengidentifikasi kelompok kasus dan kelompok kontrol kemudian secara *retrospective* diteliti faktor-faktor risiko yang mungkin dapat menerangkan apakah kasus dan kontrol dapat terkena paparan atau tidak.

#### 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

##### 4.2.1 Populasi

Semua anak 6-35 bulan di Kabupaten Jombang yaitu sebesar 48.387.

##### 4.2.2 Sampel dan teknik sampling

###### a. Besar sampel

Sampel penelitian ini adalah anak 6-35 bulan di 3 Kecamatan wilayah Kabupaten Jombang yang bisa mewakili karakteristik populasi dimana di tiap Kecamatan diambil 3 Desa dengan sistematis random sampling.

Dalam perhitungan besar sampel digunakan rumus *Hypothesis Testing of Difference Between 2 Proportions* (Lwanga and Lemeshow, 1991) dengan menggunakan WHO "*Sample Size Determination in Health Studies*" software versi 2:

$$n = \frac{[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

P1 : proporsi tinggi badan normal di Kabupaten Jombang (73,8%)

P2 : proporsi *stunting* di Kabupaten Jombang (26,2%)

(PSG tahun 2017)

n : besar sampel

$\alpha$  : *level of significance* (5%)

$\beta$  : *power of the test* (80%)

Perkiraan risiko timbulnya kejadian *stunting* (*odds ratio/OR*) sebesar 1,5.

Hal ini berdasarkan hasil penelitian Ejaz *et al* (2012) menemukan risiko kejadian *stunting* pada Balita dengan ibu CMD (*Common Mental Disorder*/Gangguan Mental Emosional) dibandingkan Balita dengan ibu Non CMD sebesar 1,5.

Dari perhitungan didapatkan besar sampel sebanyak 14 sampel, untuk mengantisipasi *drop out*, maka diperlukan cadangan sampel sebanyak 10% dari jumlah sampel total yaitu 1,4 Batita. Oleh sebab itu, jumlah sampel keseluruhan adalah hasil penjumlahan dari jumlah sampel total dengan sampel cadangan (14 batita + 2 Batita) yaitu 16 Batita. Di tiap Desa diperlukan sampel sebanyak 16 Batita yang terdiri dari 8 Batita kelompok *stunting* dan 8 Batita kelompok *non stunting*. Sehingga total sampel sebanyak 144 dimana 72 sampel untuk kategori *stunting* dan 72 sampel untuk kategori *non stunting*.

### b. Cara pengambilan sampel

Dari 21 Kecamatan yang ada di Kabupaten Jombang, dipilih 3 Kecamatan yang dapat mewakili karakteristik geografis wilayah Kabupaten Jombang seperti kota, desa dataran rendah dan desa dataran tinggi. Penentuan dataran tinggi atau dataran rendah berdasarkan ketinggian meter diatas permukaan laut (Mdpl). Dengan rata-rata ketinggian dataran rendah 0-200 Mdpl dan dataran tinggi dataran tinggi >200-2000 Mdpl (BPKP, 2012). Desa dataran rendah Penentuan 3 Kecamatan yang dipilih dengan cara:

1. Kecamatan kota berjumlah 1 sehingga otomatis menjadi Kecamatan terpilih sebagai lokasi pengambilan sampel penelitian. Kecamatan Jombang berada pada ketinggian 25-100 Mdpl (BPS Jombang, 2018).
2. Kecamatan desa dataran rendah berjumlah 16, dipilih 1 Kecamatan secara acak untuk mewakili karakteristik desa dataran rendah sebagai lokasi pengambilan sampel penelitian. Kecamatan Tembelang berada pada ketinggian 0-50 Mdpl (BPS Jombang, 2018).
3. Kecamatan desa dataran tinggi berjumlah 4, dipilih 1 Kecamatan secara acak untuk mewakili karakteristik desa dataran tinggi sebagai lokasi pengambilan sampel penelitian. Kecamatan Plandaan berada pada ketinggian 50-500 Mdpl dan sebagian wilayahnya merupakan daerah perbukitan kapur (BPS Jombang, 2018).

Kemudian dari 3 Kecamatan yang terpilih, dipilih 3 Desa per Kecamatan dengan cara sistematik random sampling oleh Petugas Gizi Puskesmas di

Kecamatan yang terpilih. Selanjutnya dilakukan skrining data anak *stunting* dan *non-stunting* dengan cara melakukan pengukuran panjang/tinggi badan kembali dan memasukkan hasil pengukuran ke *software WHO-Anthro* untuk menilai status gizi. Data yang digunakan berasal dari data laporan bulan timbang Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang tahun 2019. Hasil verifikasi data tersebut dijadikan sebagai sampel dalam penelitian ini.





Bagan 4.1 Penentuan Lokasi Penelitian

### c. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

#### 1. Kriteria Inklusi

a. Kategori anak *stunting* dengan nilai *z-score* nya kurang dari -2 SD/standar deviasi, sedangkan untuk kategori anak *non stunting* dengan nilai *z-score* nya lebih dari -2 SD.

b. Responden bertempat tinggal dan menetap di wilayah 3 Kecamatan di Kabupaten Jombang yang telah dipilih, ditandai dengan responden tertulis di register Posyandu setempat.

c. Orang tua dari responden penelitian saat hamil mempunyai tinggi badan  $\geq 145$  cm, lingkaran lengan atas  $\geq 23,5$  cm, dan usia  $\geq 18$  tahun ditandai dengan bukti pencatatan dalam Buku KIA.

d. Anak 6-35 bulan yang menjadi responden penelitian tidak lahir prematur, berat badan lahir lebih dari 2500 gram dan panjang badan lahir lebih dari 46 cm.

e. Balita 6-35 bulan yang dalam 6 bulan terakhir mendapatkan obat cacing sesuai dosis.

f. Batita yang menjadi responden penelitian diasuh sendiri oleh ibu batita sejak lahir (ibu batita sebagai *primary caregiver*).

g. Orang tua bersedia menjadi responden penelitian dengan mengisi *informed consent*.

#### 2. Kriteria Eksklusi

Batita 6-35 bulan yang sedang sakit kronis (diare, malaria) saat dilakukan penelitian.

### 4.3 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel *independent* (variabel bebas) yaitu skor distres psikologik (gangguan mental emosional) ibu.

Sedangkan variabel *dependent* (variabel terikat) yaitu kejadian *stunting* pada anak 6-35 bulan.

#### 4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

##### 4.4.1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di 3 Kecamatan yaitu Kecamatan Jombang, Kecamatan Tembelang dan Kecamatan Plandaan di Kabupaten Jombang.

##### 4.4.2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2019 sampai dengan Januari 2020. Kegiatan meliputi pengurusan etik, perijinan, pengambilan data, pengolahan data dan hasil.

#### 4.5 Alat/Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

- a. Alat tulis bolpoin dan formulir *informed consent*, berisi pernyataan kesediaan Ibu Batita 6-35 bulan untuk menjadi subjek penelitian.
- b. Formulir kuesioner terstruktur untuk mengetahui karakteristik umum subjek, tingkat gangguan mental emosional (CMD) menggunakan SRQ-20 saat penelitian berlangsung.
- c. *Length board* atau *infantometer* dan *microtoise* sebagai alat pengukur panjang badan atau tinggi badan Batita.
- d. Aplikasi *WHO-Anthro* untuk menentukan nilai Z-Score Batita 6-35 bulan.
- e. Aplikasi SPSS versi 25 untuk pengolahan data.

4.6 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Klasifikasi	Skala
Stunting	Merupakan kondisi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena <i>malnutrisi</i> jangka panjang, ditunjukkan dengan nilai z-score PB/U atau TB/U di bawah -2SD. Pengukuran panjang badan dilakukan dengan <i>infantometer</i> dan tinggi badan dengan <i>microtoise</i> , kemudian hasilnya dimasukkan aplikasi WHO- <i>Anthro</i> , panjang badan atau tinggi badan dibandingkan dengan standar panjang badan WHO dengan memperhatikan usia, tanggal pengukuran, ada/tidak ada odema, dan jenis kelamin.	0 = diatas -2SD ( <i>non stunting</i> ) 1 = dibawah -2SD ( <i>stunting</i> )	Ordinal
Skor CMD/ GME (Gangguan Mental Emosional/distress psikologis/mental Distress ibu	Merupakan kondisi gangguan jiwa yang umum dialami sebagian besar ibu/wanita atau biasa disebut Common Mental Disorder (CMD) baik berupa depresi & <i>anxiety, somatic symptom</i> , penurunan <i>vital energy and depressive thoughts</i> yang diukur sebagai kesatuan skor. Pengukuran Dilakukan Dengan Instrumen SRQ-20 ( <i>Self Reporting Questionnaire</i> ) sebagai alat <i>screening</i> adanya risiko distres psikologik pada ibu. Dengan skor jawaban "ya" = 1 dan skor jawaban "tidak" = 0	0 = jawaban SRQ 20 (total jawaban "ya" < 8 pertanyaan) <i>tidak CMD</i> 1 = jawaban SRQ 20 (total jawaban "ya" ≥ 8 pertanyaan) <i>risiko CMD</i>	Ordinal

## 4.7 Prosedur Penelitian

### 4.7.1 Pengumpulan Data

#### a. Data Primer

##### 1. Data panjang atau tinggi badan

Data antropometri anak diperoleh dari data Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang yang dilakukan pemilihan secara acak dengan cara mengukur panjang/tinggi badan anak kembali sesuai umur dan kemampuan anak untuk berdiri yang kemudian dikategorikan ke dalam status gizi berdasarkan z-score. Pengambilan responden di masing-masing desa dilakukan dengan random, hal ini disebabkan ketersediaan responden sesuai umur dan kondisi *stunting* tidak dapat dipenuhi secara representatif.

Pelaksanaan penelitian meminimalkan faktor bias pengukuran dengan melibatkan lulusan pendidikan gizi yang terlatih dengan masa kerja > 5 tahun dan pernah mengikuti pelatihan pertumbuhan dan perkembangan. Alat pengukur panjang badan berkapasitas 110 cm dengan ketelitian 0,1 cm sedangkan tinggi badan dapat diukur dengan microtoise berkapasitas 200 cm dengan ketelitian 0,1 cm, kedua alat pengukur yang digunakan dalam keadaan baru untuk mengatasi kesalahan pada peralatan.

Perhitungan umur anak dilakukan dengan cara bulan penuh yaitu umur dihitung berdasarkan jumlah hari penuh berdasarkan bulan berjalan. Contoh: umur anak 1 bulan 15 hari, maka ditentukan umurnya adalah 1 bulan (SK Menkes nomor 1995 tahun 2010).

➤ Ukuran panjang badan (PB)

Digunakan untuk anak 0-24 bulan diukur dengan telentang. Jika anak umur 0-24 bulan diukur berdiri, maka dikoreksi dengan penambahan 0,7 cm.

Pengukuran PB menggunakan *infantometer* dengan cara:

1. Pengukuran dilakukan minimal oleh 2 orang.
2. Papan pengukur diletakkan pada tempat yang rata.
3. Posisi pengukur pada bagian pada bagian kaki, asisten pengukur pada bagian kepala.
4. Anak ditidurkan telentang pada papan pengukur (kepala di bagian yang "fixed", kaki pada bagian yang "movable").
5. Posisi kepala anak adalah pada posisi "frankfurt plane".
6. Asisten pengukur memegang kepala anak dan memastikan posisi anak lurus dari ujung kepala sampai kaki.
7. Pengukur memastikan telapak kaki kaki dan tumit anak menyentuh papan pembatas (*movable part*).
8. Asisten atau orang tua anak membantu memastikan lutut anak menempel pada papan dan tidak menekuk.
9. Pengukur segera membaca hasil pengukuran dengan "cepat" dan keras.
10. Asisten pengukur mengulanginya dan segera mencatat hasil pengukuran pada form.
11. Pengukuran dilakukan sekali lagi.
12. Bila pengukuran 1 dan 2 berbeda  $> 0,5$  cm, maka harus dilakukan pengukuran ke-3 (Wirawan dkk, 2018).

➤ Ukuran tinggi badan (TB)

Digunakan untuk anak diatas 24 bulan diukur dengan berdiri tegak. Jika anak umur diatas 24 bulan diukur dengan terlentang, maka dikoreksi dengan dikurangi 0,7 cm. Pengukuran TB menggunakan microtoise dengan cara:

1. Menempelkan microtoise dengan paku atau perekat yang kuat pada dinding yang lurus dan datar setinggi tepat 2 meter. Angka nol pada lantai yang datar rata.
2. Topi, hiasan kepala dan alas kaki (sepatu, sandal) harus dilepas.
3. Memposisikan subjek berdiri tegak lurus di bawah alat penggeser dan membelakangi dinding.
4. Bagian belakang kepala, bahu, pantat, betis dan tumit menempel ke dinding.
5. Memposisikan kedua telapak kaki subjek rata dan menempel pada lantai.
6. Memposisikan kedua lutut dan tumit rapat.
7. Pandangan lurus ke depan.
8. Menarik microtoise sampai puncak kepala subjek.
9. Membaca hasil pengukuran.
10. Melakukan pengukuran sekali lagi.
11. Bila pengukuran 1 dan 2 berbeda  $>0,5$  cm, maka harus dilakukan pengukuran ke-3 (Wirawan dkk, 2018).

- Hasil pengukuran panjang/tinggi badan diolah menggunakan *software*

*WHO-Anthro* untuk menentukan nilai *z-score* status gizi PB/U atau TB/U anak 6-35 bulan dengan nilai *z-score* jika kurang dari -2 SD dikategorikan *stunting* dan jika lebih dari -2 SD dikategorikan normal.

2. Data skor distres psikologik (gangguan mental emosional) ibu diperoleh saat penelitian berlangsung melalui wawancara dengan kuesioner.

- Peneliti menanyakan hal-hal yang bersifat umum terlebih dahulu misalnya tentang karakteristik responden (usia, pekerjaan, pendidikan, dll).

- Peneliti menanyakan pertanyaan berhubungan dengan keluhan atau masalah yang dialami atau dirasakan mengganggu selama 30 hari terakhir dengan menggunakan kuesioner *SRQ-20*. Jika masalah yang ditanyakan sesuai dengan keadaan responden maka dijawab dengan "ya" dan diberikan skor "1", sedangkan jika masalah tersebut tidak dialami atau tidak sesuai dengan keadaan responden maka jawablah dengan "tidak" dan diberikan skor "0".

- Jika responden menjawab total 8 dari 20 pertanyaan kuesioner *SRQ-20* maka responden berisiko mengalami *Common Mental Disorder* (CMD).

- Hasil validasi *SRQ 20* di Brazil mempunyai sensitivitas 83% dan spesifisitas 80% (Mari JJ & Williams P, 1986).

- *SRQ-20* (*Self Reporting Questionnaire-20*) merupakan alat untuk penapisan (*screening*) dan dapat dipakai sebagai alat untuk melaporkan/menilai gejala menyangkut distres psikologis secara mandiri (WHO, 1994).

#### b. Data sekunder

1. Data prevalensi *stunting* tingkat Nasional, Provinsi dan Kabupaten dari Riskeudas 3 tahun terakhir dan PSG 2017.
2. Data anak *stunting* dan *non stunting* tingkat Kabupaten dari data laporan bulan timbang Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang tahun 2019 yang kemudian data divalidasi dengan pengukuran kembali.

Tahapan yang ditempuh sebelum pengumpulan data sebagai berikut:

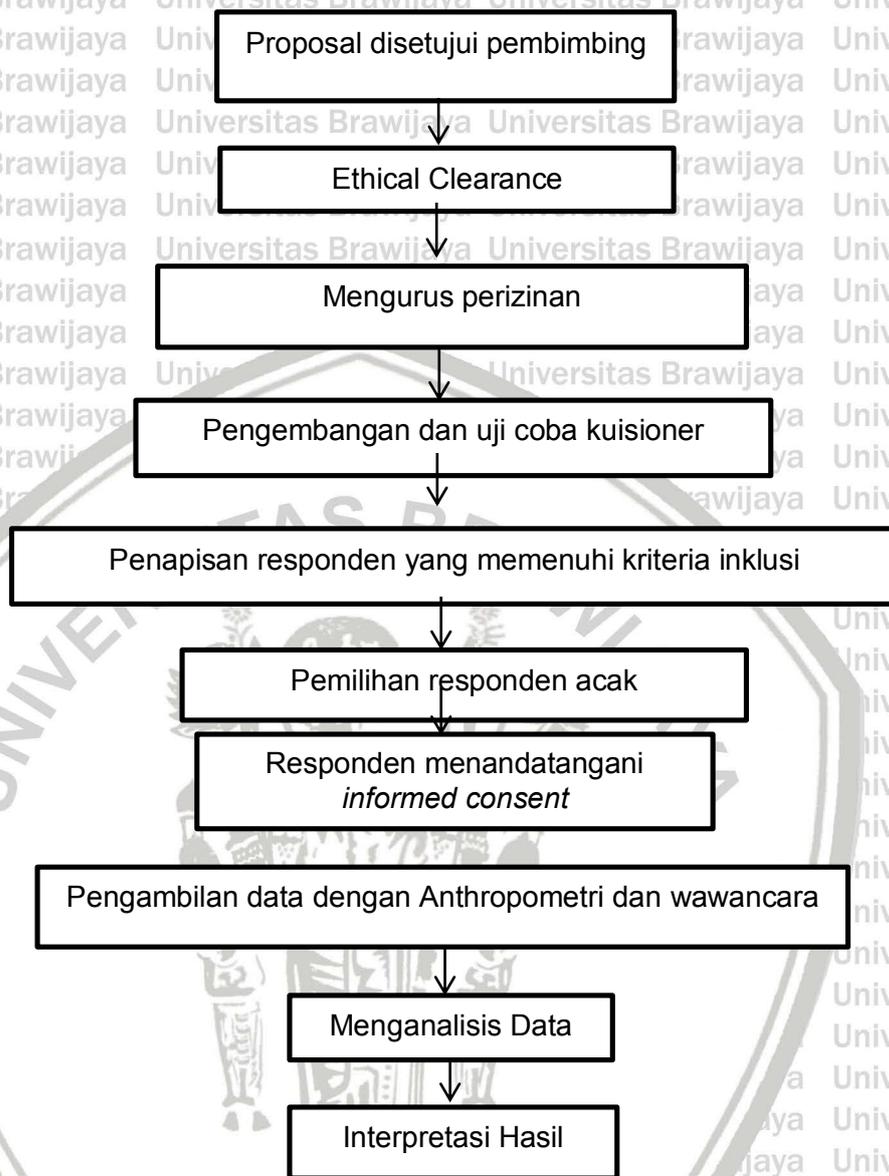
1. Meminta surat pengantar pada Universitas Brawijaya untuk melakukan penelitian setelah proposal disetujui oleh pembimbing.
2. Mengurus izin etik penelitian di Fakultas Kedokteran untuk bisa dilakukan tahapan penelitian selanjutnya.
3. Mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada Dinas Perijinan Kabupaten Jombang.
4. Meminta surat pengantar Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas di 3 Kecamatan yang telah dipilih .
5. Mengajukan surat permohonan izin kepada Kepala Puskesmas di wilayah 3 Kecamatan yang telah dipilih.
6. Melakukan koordinasi kepada Petugas Gizi dan Bidan Desa yang akan ikut membantu pelaksanaan pengambilan data.

#### 4.7.2 Alur Penelitian

Hasil data sekunder yang diperoleh peneliti di screening sesuai usia untuk selanjutnya diberikan kepada Petugas Gizi di 4 Puskesmas 3 Kecamatan terpilih. Peneliti berkoordinasi tentang data termutakhir terkait kriteria inklusi pada calon responden. Setelah terpilih calon responden diadakan pengukuran PB atau

TB oleh Petugas Gizi sesuai kriteria inklusi dari peneliti. Pada hari pengambilan data peneliti, kader dan bidan desa bersama-sama melakukan kunjungan ke rumah anak 6-35 bulan untuk melakukan pengambilan data yang meliputi rangkaian kegiatan berupa penjelasan manfaat penelitian, tujuan penelitian, dan kerahasiaan informasi serta meminta kerja sama responden untuk menjawab semua pertanyaan dalam kuesioner dengan jujur dan sesuai dengan keadaan yang dialami oleh responden. Jika responden bersedia, selanjutnya diberikan *informed consent* untuk ditandatangani sebagai tanda bahwa bersedia/bertpartisipasi untuk dijadikan responden. Selanjutnya responden diminta menunjukkan KK atau buku KIA untuk melihat tanggal lahir anak untuk menentukan umur anak, melakukan pengukuran PB atau TB, BB, melakukan wawancara terhadap ibu responden.

Pengukuran PB atau TB dilakukan sesuai SOP pengukuran dengan memperhatikan umur anak, posisi pada saat pengukuran termasuk penggunaan alas kaki, kaos kaki, topi, dan kunci pada anak perempuan. Pengukuran berdiri dilakukan 2 orang yaitu peneliti dan ibu balita dengan memperhatikan posisi standar saat pengukuran. Sedangkan pada anak usia < 24 bulan dilakukan dengan cara terlentang oleh 3 orang yaitu peneliti, kader dan ibu balita. Masing-masing anak dilakukan pengukuran sebanyak 2 kali. Tidak ada anak yang dilakukan sampai 3x pengukuran. Terdapat 1 anak yang diukur menggunakan infantometer meskipun usia > 24 bulan, disebabkan anak menolak dan lari saat dilakukan pengukuran. Wawancara terkait SRQ 20 dilakukan secara pribadi, di akhir sesi pengambilan data dan hanya peneliti, dan ibu responden untuk mendapatkan jawaban yang sebenarnya tanpa ada pihak lain yang mendengarkan jawaban ibu.



Bagan 4.2 Diagram Alur Penelitian

#### 4.8. Analisis Data

##### 1. Pengolahan Data

Data diolah menggunakan *software* SPSS melalui proses sebagai berikut:

- a. *Editing* adalah memeriksa data yang telah dikumpulkan, yang dilakukan pada kegiatan memeriksa data, menjumlah banyaknya lembaran daftar pertanyaan yang telah diisi untuk mengetahui apakah sesuai jumlah yang telah ditentukan dan melakukan koreksi.

b. *Koding* adalah pemberian kode untuk mempermudah pengolahan.

c. *Entry data* adalah proses memasukkan data sesuai dengan variabel-variabel yang ada.

d. *Cleaning data* adalah pengecekan yang dilakukan 2 kali yaitu data setelah pengisian kuesioner dan setelah dilakukan pengentrian.

e. *Tabulasi* adalah pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun dan ditata untuk disajikan atau dianalisa (Budiarto, 2002). Proses tabulasi data SRQ 20 setelah diinput dalam *database* SPSS dibuat kategori berdasarkan skor dengan jawaban "ya" sebanyak  $\geq 8$  item pertanyaan masuk dalam kategori "berisiko" dan jawaban "ya" sebanyak  $< 8$  item pertanyaan masuk dalam kategori "tidak berisiko". Selanjutnya dilakukan uji bivariat, dan uji *Chi Square* (karena syarat dipenuhi diantaranya tidak ada nilai *expected cell*  $< 5$ ), dengan mengaktifkan pilihan *risk* (risiko) untuk mengetahui nilai OR (*odds*) atau besar risiko. Dengan cara *input* data skor distres psikologik ibu dalam baris (variabel independen) dan kelompok (kasus/stunting dan kontrol/non stunting) dalam kolom (variabel dependen). Hasil uji terdapat pada lampiran 6.

## 2. Analisis data

Uji *Chi Square* digunakan untuk mengetahui dan besarnya nilai OR antara tingkat depresi dan kecemasan ibu (variabel bebas) dengan stunting dan non stunting (variabel terikat).

**BAB V****HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA****5.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Kabupaten Jombang merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Timur terletak pada koordinat  $5.20^{\circ}$  -  $5.30^{\circ}$  Bujur Timur dan  $7.20^{\circ}$  -  $7.45^{\circ}$  Lintang

Selatan. Wilayah Kabupaten Jombang berjarak 79 km dari Ibu Kota Provinsi Jawa Timur barat daya kota Surabaya dan berada 44 meter diatas permukaan laut dengan batas wilayah kabupaten sebagai berikut :

- Sebelah Utara : Kabupaten Lamongan dan Kabupaten Bojonegoro
- Sebelah Timur : Kabupaten Mojokerto
- Sebelah Barat : Kabupaten Nganjuk
- Sebelah Selatan : Kabupaten Kediri dan Kabupaten Malang

Memiliki Luas wilayah  $1.159,50 \text{ km}^2$  dengan jumlah penduduk 1.376.341 jiwa (2019) dengan komposisi 50,35% penduduk laki-laki dan 683.401 jiwa (49,65%) penduduk perempuan, sebesar 55% tinggal di wilayah perkotaan, dengan kepadatan penduduk sebesar  $997 \text{ jiwa/km}^2$ .

Kabupaten Jombang memiliki 21 Kecamatan dengan 301 desa, 5 kelurahan. Meliputi Kecamatan Bandar Kedungmulyo, Perak, Gudo, Diwek, Ngoro, Mojowarno, Bareng, Wonosalam, Mojoagung, Sumobito, Jogoroto, Peterongan, Jombang, Megaluh, Tembelang, Kesamben, Kudu, Ngusikan, Ploso, Kabuh, Plandaan ([www.Jombang.go.id](http://www.Jombang.go.id)). Gambar 5.1 merupakan peta wilayah Kabupaten Jombang.



Gambar 5.1 Peta Kabupaten Jombang

## 5.2 Karakteristik Sosiodemografi

### 5.2.1 Hasil *Screening* Responden

Tabel 5.1 Rekap *Screening* Pemilihan Responden

Kecamatan	Desa	Jumlah			Kriteria	
		Diundang	Hadir	%	Inklusi	Ekslusi
Jombang	Mojongapit	22	16	72,7	16	6
	Tambakrejo	33	16	48,5	16	17
	Parimono	22	17	77,3	16	6
Tembelang	Mojokrapak	18	18	100	16	2
	Sentul	22	20	91	16	6
	Tembelang	19	18	95	16	2
Plandaon	Bangsri	25	25	100	16	9
	Plabuhan	16	16	100	16	0
	Puri Semanding	18	18	100	16	2
<b>Total</b>		<b>195</b>	<b>164</b>		<b>144</b>	<b>51</b>

*Screening* dilakukan sebelum menentukan responden yang memenuhi kriteria inklusi. Data hasil bulan timbang dari Dinkes Kabupaten Jombang menjadi acuan menentukan calon responden. Kemudian responden yang

memenuhi kriteria umur dan status gizi PB atau TB/U diundang ke Posyandu untuk dilakukan pengukuran PB dan TB ulang, melihat data yang diperlukan dalam buku KIA dan menanyakan pertanyaan *pada form screening* untuk menjangkau anak yang akan dijadikan responden. Tidak semua calon responden yang diundang hadir, dapat diketahui bahwa jumlah kehadiran tertinggi ada di Kecamatan Plandaan dengan pencapaian kehadiran 100% di ketiga Desa.

Sedangkan tingkat pencapaian terendah ada di Kecamatan Jombang di Desa Tambakrejo sebesar 48,5%. Dan tidak semua yang hadir memenuhi kriteria inklusi, kriteria eksklusi terendah ada di Desa Plabuhan sebesar 0% yang bermakna semua responden yang dilakukan masuk kriteria inklusi dan tidak perlu dilakukan *screening door to door*.

### 5.2.2 Sebaran Responden

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Sebaran Responden

Kategori Wilayah	Kecamatan	Desa	Jumlah	
			Frekuensi	Total
Kota	Jombang	Mojongapit	16	48
		Tambakrejo	16	
		Parimono	16	
Desa dataran rendah	Tembelang	Mojokrapak	16	48
		Sentul	16	
		Tembelang	16	
Desa dataran tinggi	Plandaan	Bangsri	16	48
		Plabuhan	16	
		Puri Semanding	16	
Total			144	144

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebaran responden dibagi dalam 3 kategori wilayah berdasar letak geografis yakni wilayah kota diwakili Desa Mojongapit, Tambakrejo dan Parimono; desa dataran rendah diwakili Desa Mojokrapak, Sentul, dan Tembelang dan desa dataran tinggi diwakili Desa Bangsri, Plabuhan dan Puri Semanding. Masing-masing wilayah tersebut mewakili 1 kecamatan terpilih dengan jumlah responden sebanyak 48 anak. Tiap



kecamatan diwakili 3 desa dengan jumlah 16 anak/desa, dengan demikian jumlah responden yang dilibatkan dalam penelitian ini sebanyak 144 anak.

### 5.2.3. Karakteristik Responden

Penelitian ini melibatkan 144 responden anak berusia 6-35 bulan yang dibagi menjadi 2 kelompok kasus dan kontrol. Data diperoleh dari wawancara langsung dengan menggunakan kuesioner terstruktur, pengukuran antropometri, dan observasi langsung.

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Anak

Karakteristik	Kelompok		nilai p*
	Kasus n (%)	Kontrol n (%)	
Jumlah sampel	74 (51,4)	70 (48,6)	
Jenis kelamin:			
Laki-laki	36 (25)	34 (23,6)	0,993
Perempuan	38 (26,4)	36 (25)	

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa jumlah kelompok kasus sebanyak 74 responden (51,4%). Jenis kelamin anak laki-laki kelompok kasus sebanyak 36 (25%). Jenis kelamin anak perempuan kelompok kasus sebanyak 38 (26,34%).

Hasil uji bivariat didapatkan  $p = 0,993$ , maka tidak terdapat perbedaan antara jenis kelamin antar kelompok.

Tabel 5.4 Distribusi Rata-Rata Umur Anak

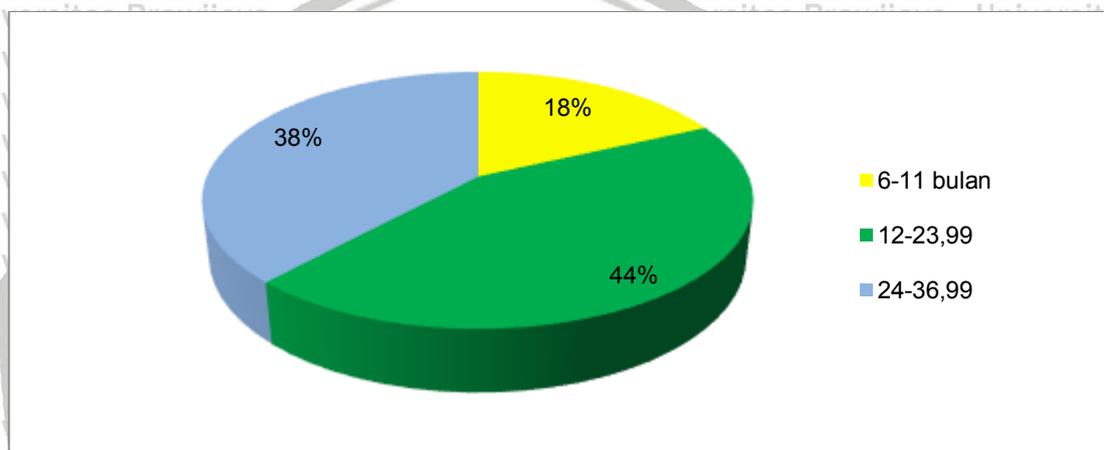
Jumlah (n)	Mean ± SD (tahun)	nilai p*	Perbedaan rerata (IK 95%)
Kasus (n = 74)	23,14 ± 7,31	0,003	-4.09 (-6,77 s/d -1,44)
Kontrol (n = 70)	19,08 ± 8,75		

Setelah dilakukan normalitas pada variabel umur anak dan data terdistribusi normal dengan hasil Kolmogorov-Smirnov  $p > 0,05$ , tabel 5.4 menunjukkan ada rerata sebesar -4,09 dan nilai IK 95% antara -6.77 sampai -1,44. Kesimpulan uji t ( $p = 0,003$ ) terdapat perbedaan rata-rata umur anak antar kelompok. Umur terendah pada kasus umur terendah 7,43 bulan dan umur



tertinggi 36,34 bulan, sedangkan pada kelompok kontrol 6,77 bulan dan umur tertinggi 35,29 bulan.

Jumlah responden 144 anak dengan rentang umur 6-11,99 bulan sebanyak 26 anak (18%), rentang umur 12-23,99 bulan sebanyak 63 anak (43,8%), dan rentang umur 24-36,99 bulan sebanyak 55 anak (38,2%), disajikan dalam gambar 5.2.



Gambar 5.2 Grafik Distribusi Frekuensi Kelompok Umur Anak

Tabel 5.5 Distribusi Rata-rata Umur Ibu

Jumlah (n)	Mean ± SD (tahun)	nilai p*	Perbedaan rerata (IK 95%)
Kasus (n = 74)	30,32 ± 5,150	0,511	0,647 (-1,296 s/d 2,590)
Kontrol (n = 70)	30,94 ± 6,534		

Variabel umur ibu dilakukan uji normalitas dan hasilnya menunjukkan data terdistribusi normal dengan hasil Kolmogorov Smirnov  $p > 0,05$ . Rata-rata umur ibu pada tabel 5.6 sebesar 0,647 dan nilai IK 95% adalah antara -1,296 sampai 2,590. Nilai  $p > 0,05$  dan IK melewati angka nol maka hasil uji beda menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan rata-rata umur ibu antar kelompok (uji t,  $p = 0,511$ ).

Umur ibu terendah pada kelompok kasus umur terendah 20 tahun dan tertinggi 43 tahun, sedangkan pada kelompok kontrol 18 tahun dan tertinggi 45 tahun.



Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Pendidikan dan Pekerjaan Responden

Variabel	Kelompok		nilai p*
	Kasus n (%)	Kontrol n (%)	
<b>Pendidikan Ibu</b>			
Tidak Tamat SD/MI	1 (0,7)	1 (0,7)	0,280
Tamat SD	11 (7,6)	4 (2,8)	
Tamat SMP / sederajat	21 (14,6)	23 (16)	
Tamat SMA / sederajat	37 (25,7)	32 (22,2)	
Tamat Diploma	2 (1,4)	6 (4,2)	
Tamat Sarjana	2 (1,4)	4 (2,8)	
<b>Total</b>	<b>74 (51,4)</b>	<b>70 (48,6)</b>	
<b>Pendidikan Ayah</b>			
Tidak Tamat SD/MI	2 (1,4)	1 (0,7)	0,367
Tamat SD	11 (7,6)	8 (5,6)	
Tamat SMP / sederajat	23 (16)	17 (11,8)	
Tamat SMA / sederajat	34 (23,6)	34 (23,6)	
Tamat Diploma	0 (0)	3 (2,1)	
Tamat Sarjana	4 (2,8)	7 (4,9)	
<b>Total</b>	<b>74 (51,4)</b>	<b>70 (48,6)</b>	
<b>Pekerjaan Ibu</b>			
Ibu Rumah Tangga	70 (48,6)	62 (43,1)	0,470
Petani	0 (0)	1 (0,7)	
Buruh Harian	1 (0,7)	0 (0)	
Buruh (PRT, pabrik)	2 (1,4)	3 (2,1)	
Pegawai Swasta	1 (0,7)	3 (2,1)	
Pedagang	0 (0)	1 (0,7)	
<b>Total</b>	<b>74 (51,4)</b>	<b>70 (48,6)</b>	
<b>Pekerjaan Ayah</b>			
Tidak Bekerja	0 (0)	1 (0,7)	0,621
Petani	7 (4,9)	4 (2,8)	
Buruh Harian	16 (11,1)	12 (8,3)	
Buruh (PRT, pabrik)	12 (8,3)	13 (9)	
PNS/TNI/Polri	1 (0,7)	5 (3,5)	
Pegawai Swasta	23 (16)	23 (16)	
Pedagang	5 (3,5)	3 (2,1)	
Supir	4 (2,8)	2 (1,4)	
Lainnya	6 (4,2)	6 (4,2)	
88	0 (0)	1 (0,7)	
<b>Total</b>	<b>74 (51,4)</b>	<b>70 (48,6)</b>	

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa proporsi tertinggi tingkat pendidikan ibu responden pada kelompok kontrol dan kasus adalah responden tamat SMA/MA sebanyak 32 orang (22,2%) dan 37 orang (25,7%), proporsi terendah tidak tamat

SD/MI 1 orang (0,7%). Pendidikan Ayah pada kelompok kontrol dan kasus didominasi responden tamat SMA/MA sebanyak 34 orang (23,6%) dan 34 orang (23,6%), proporsi terendah tidak tamat SD/MI sebanyak 1 orang (0,7%) dan 2 orang (1,4%).

Karakteristik pekerjaan ibu pada kelompok kontrol dan kasus proporsi tertinggi adalah ibu rumah tangga yaitu sebanyak 62 orang (43,1%) dan 70 orang (48,6%). Sedangkan karakteristik pekerjaan ayah pada kelompok kontrol dan kasus masing-masing sebanyak 23 orang (16%) bekerja sebagai pegawai swasta, proporsi terendah masing-masing 1 orang (0,7%) tidak bekerja dan bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI.

Analisis bivariat menggunakan software SPSS dilakukan pada data jenis kelamin anak terhadap kejadian stunting ( $p = 0,993$ ), pendidikan ibu terhadap kejadian stunting ( $p = 0,280$ ), pendidikan ayah terhadap kejadian stunting ( $p = 0,367$ ), pekerjaan ibu terhadap kejadian stunting ( $p = 0,470$ ) dan pekerjaan ayah terhadap kejadian stunting ( $p = 0,621$ ). Didapatkan nilai  $p > 0,05$ . Hal ini berarti  $H_0$  diterima artinya jenis kelamin, pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu dan pekerjaan ayah bukan merupakan faktor risiko terjadinya stunting pada anak usia 6-35 bulan di Kabupaten Jombang.

Tabel 5.7 Rata-rata Jumlah Anggota Keluarga dengan Kejadian Stunting

Jumlah (n)	Median (Min-Maks)	nilai p*
Kasus (n = 74)	5 (3-8)	0,795
Kontrol (n = 70)	4 (3-8)	

Uji Mann-Whitney, mean rank jumlah anggota keluarga kasus 73,34 ; kontrol 71,61

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa pada kelompok kasus median 5 orang dan pada kelompok kontrol median 4 orang. Jumlah anggota keluarga dalam kelompok kontrol dan kasus terendah 3 orang dan tertinggi 8 orang. Nilai  $p >$

0,05 maka, secara statistik tidak ada perbedaan bermakna antar jumlah keluarga kasus dan kontrol.

### 5.3 Status Gizi Anak

Pengukuran status gizi pada anak tidak dapat dilakukan hanya menggunakan satu parameter saja. Status gizi anak baik pada kelompok kasus dan kelompok kontrol diukur menggunakan beberapa indikator antara lain TB/U, BB/U, BB/TB. Pengukuran BB dan PB atau TB dilakukan saat pengambilan data, sedangkan riwayat BBL (Berat Badan Lahir) dan PBL (Panjang Badan Lahir) dilakukan dengan observasi catatan pada Buku KIA.

Tabel 5.8 Rata-rata Panjang Badan Lahir antar Kelompok

Jumlah (n)	Mean ± SD (tahun)	nilai p*	Perbedaan rerata (IK 95%)
Kasus (n = 74)	48,68 ± 1,38	0,001	0,92 (0,45 s/d 1,39)
Kontrol (n = 70)	49,60 ± 1,47		

Setelah dilakukan normalitas pada variabel panjang badan lahir (PBL) dan data terdistribusi normal dengan hasil Kolmogorov-Smirnov  $p > 0,05$ , tabel 5.8 menunjukkan bahwa rata-rata panjang badan lahir pada tabel 5.8 sebesar 0,92 dan nilai IK 95% antara 0,45 sampai 1,39. Maka uji t ( $p = 0,001$ ) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata panjang badan lahir antar kelompok.

Panjang badan lahir terendah sebesar 46 cm pada kelompok kasus dan kontrol.

Panjang badan lahir tertinggi pada kelompok kontrol 55 cm dan pada kelompok kasus 52 cm.

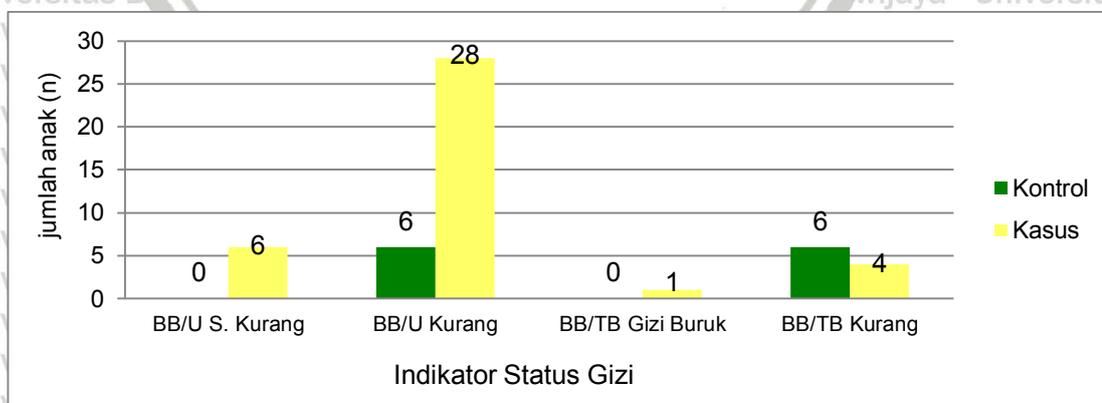


Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Status Gizi Berat Badan menurut Umur, Berat Badan menurut Tinggi Badan Berdasarkan Kelompok Kontrol dan Kasus (n = 144)

Status Gizi	Kasus		Kontrol		nilai p*
	Jumlah	%	Jumlah	%	
<b>BB/U:</b>					
Sangat Kurang	6	4,2	0	0,0	0,001
Kurang	28	19,4	6	4,2	
Normal	40	27,8	64	44,5	
Lebih	0	0,0	0	0,0	
<b>BB/TB:</b>					
Gizi Buruk	1	0,7	0	0,0	0,178
Kurang	4	2,8	6	4,2	
Normal	69	46,5	60	41,7	
Lebih	2	1,4	4	2,8	

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa status gizi berdasarkan indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U) : BB Sangat Kurang 6 anak (4,2%) dan BB Kurang 28 anak (19,4%) dari kelompok kasus, BB Kurang 6 anak (4,2%) dari kelompok kontrol. Status gizi berdasarkan indikator Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) : Gizi Buruk 1 anak (0,7%) dan Gizi Kurang 4 anak (2,8%) dari kelompok kasus; Gizi Kurang 6 anak kelompok kontrol (4,2%).

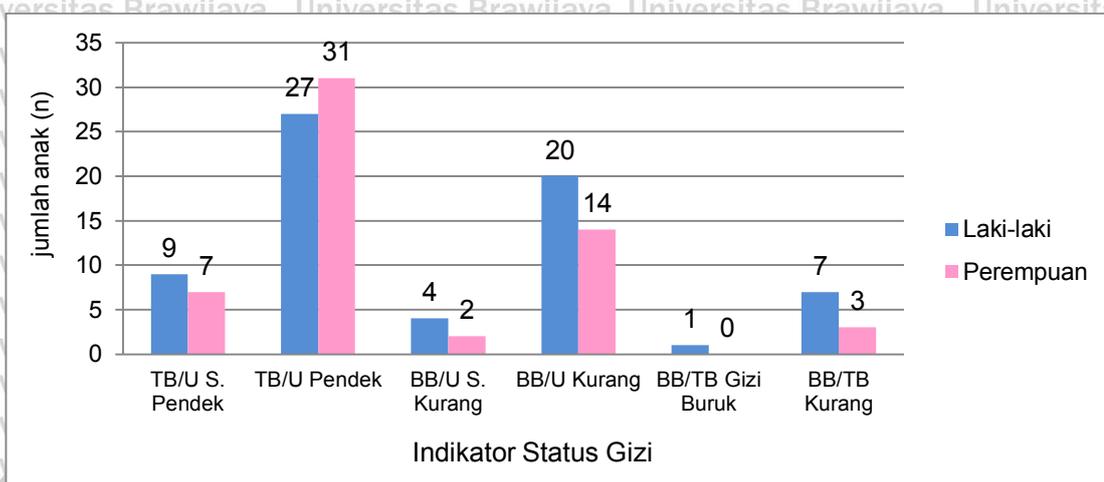
Indikator BB/U pada tabel 5.9 memiliki nilai  $p < 0,05$  sehingga dapat diambil kesimpulan terdapat perbedaan yang bermakna status gizi berdasarkan BB/U (uji t,  $p = 0,001$ ) pada kelompok kontrol dan kasus. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tampilan grafik 5.3 sebagai berikut :



Grafik 5.3 Grafik Status Gizi Berdasarkan Indikator BB/U dan BB/TB berdasarkan Kelompok



Penilaian status gizi berdasarkan ketiga indikator TB/U, BB/U, dan BB/TB dilakukan sebanyak dua kali, penilaian yang kedua dilakukan berdasarkan jenis kelamin anak. Ditampilkan pada grafik 5.4 sebagai berikut :



Grafik 5.4 Grafik Status Gizi Berdasarkan Indikator TB/U, BB/U dan BB/TB berdasarkan Jenis Kelamin

Grafik 5.4 menunjukkan bahwa status gizi berdasarkan indikator Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) : Sangat Pendek 9 anak laki-laki (6,2%) dan 7 anak perempuan (4,9%); Pendek 27 anak laki-laki (18,8%) dan 31 anak perempuan (21,5%). Status gizi berdasarkan indikator Berat Badan menurut Umur (BB/U): Sangat Kurang 4 anak laki-laki (2,8%) dan 2 anak perempuan (1,4%); Gizi Kurang 20 anak laki-laki (13,9%) dan 14 anak perempuan (9,7%). Status gizi berdasarkan indikator Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB): Gizi Buruk 1 anak laki-laki (0,7%); Gizi Kurang 7 anak laki-laki (4,9%) dan 3 anak perempuan (2,1%).

Analisis bivariat menyatakan signifikan secara statistik jika nilai  $p < 0,05$ .

Data diuji menggunakan uji Mann Whitney untuk mengetahui adanya perbedaan status gizi berdasarkan indikator PB atau TB/U ( $p = 0,790$ ), BB/U ( $p = 0,386$ ), BB/PB atau TB ( $p = 0,379$ ), IMT/U ( $p = 0,421$ ) terhadap kejadian stunting berdasarkan jenis kelamin anak. Didapatkan nilai  $p > 0,05$  sehingga dapat

diambil kesimpulan tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara status gizi berdasarkan PB atau TB/U, BB/U, BB/PB atau TB, IMT/U berdasarkan jenis kelamin anak pada anak usia 6-35 bulan di Kabupaten Jombang.

#### 5.4 Profil Gambaran dan Perbedaan Total Skor Distres Psikologik

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Pertanyaan SRQ 20

Item Pertanyaan SRQ	Kelompok		nilai p*
	Kasus n %	Kontrol n %	
Sakit Kepala			
Tidak	33 (47,8)	36 (52,2)	0,513
Ya	41 (54,7)	34 (45,3)	
Tidak Nafsu Makan			
Tidak	47 (45,6)	56 (54,4)	0,045*
Ya	27 (65,9)	14 (34,1)	
Sulit Tidur			
Tidak	38 (49,4)	39 (50,6)	0,721
Ya	36 (53,7)	31 (46,3)	
Mudah Takut			
Tidak	50 (44,6)	62 (55,4)	0,005*
Ya	24 (75,0)	8 (25,0)	
Tegang, cemas, khawatir			
Tidak	32 (39,0)	50 (61,0)	0,001*
Ya	42 (67,7)	20 (32,3)	
Tangan gemetar			
Tidak	67 (50,8)	65 (49,2)	0,841
Ya	7 (58,3)	5 (41,7)	
Pencernaan terganggu			
Tidak	51 (46,4)	59 (53,6)	0,048*
Ya	36 (67,6)	11 (32,4)	
Sulit berpikir jernih			
Tidak	46 (43,8)	59 (56,2)	0,005*
Ya	28 (71,8)	11 (28,2)	
Tidak bahagia			
Tidak	56 (45,9)	66 (54,1)	0,004*
Ya	18 (81,8)	4 (18,2)	
Menangis lebih sering			
Tidak	65 (50,0)	65 (50,0)	0,462
Ya	9 (64,3)	5 (35,7)	
Sulit menikmati <i>daily activities</i>			
Tidak	64 (52,0)	59 (48,0)	0,890
Ya	10 (47,6)	11 (52,4)	
Sulit mengambil keputusan			
Tidak	47 (45,2)	57 (54,8)	0,027*
Ya	27 (67,5)	13 (32,5)	
Pekerjaan <i>daily</i> terganggu			
Tidak	64 (51,6)	60 (48,4)	1,00
Ya	10 (50,0)	10 (50,0)	
Tidak mampu melakukan hal bermanfaat			
Tidak	73 (52,9)	65 (47,1)	0,109

Ya	1 (16,7)	5 (83,3)	
Kehilangan minat			
Tidak	49 (46,7)	56 (53,3)	0,094
Ya	25 (64,1)	14 (35,9)	
Merasa tidak berharga			
Tidak	64 (49,6)	65 (50,4)	0,328
Ya	10 (66,7)	5 (33,3)	
Pikiran mengakhiri hidup			
Tidak	74 (51,4)	70 (48,6)	NA
Ya	0 (0,0)	0 (0,0)	
Lelah sepanjang waktu			
Tidak	43 (51,8)	40 (48,2)	1,00
Ya	31 (50,8)	30 (49,2)	
Rasa tidak enak perut			
Tidak	62 (50,0)	62 (50,0)	0,556
Ya	12 (60,0)	8 (40,0)	
Mudah lelah			
Tidak	32 (54,2)	27 (45,8)	0,689
Ya	42 (49,4)	43 (50,6)	

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari 74 orang ibu dari kelompok kasus menjawab item pertanyaan SRQ 20 antara lain : tidak nafsu makan sebanyak 27 orang (65,9%); mempunyai perasaan mudah takut sebanyak 24 orang (75,0%); merasa tegang, cemas, khawatir sebanyak 42 orang (67,7%); mempunyai keluhan pencernaan terganggu sebanyak 23 orang (67,6%), sulit berpikir jernih sebanyak 42 ibu (71,8%), merasa tidak bahagia sebanyak 18 ibu (81,8%), sulit mengambil keputusan sebanyak 27 ibu (67,5%).

Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi Rata-rata Total Skor Distres Psikologik

Jumlah (n)	Median (Min-Maks)	nilai p*
Kasus (n = 74)	4 (0-15)	0,006
Kontrol (n = 70)	3 (0-11)	

Uji Mann-Whitney, *mean rank* Total Skor Distres Psikologik Kasus 81,89 ; Kontrol 62,79

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa pada kelompok kasus median total skor 4 dan pada kelompok kontrol median total skor 3. Jumlah total skor Distres psikologik terendah dalam kelompok kasus dan kontrol skor 0. Sedangkan jumlah total skor tertinggi pada kelompok kasus skor 15 dan kelompok kontrol skor 11. Nilai p <

0,05 maka, secara statistik ada perbedaan bermakna antara total skor Distres psikologik pada kelompok kasus dan kontrol.

### 5.5 Faktor Risiko Distres Psikologik dan Kejadian Stunting

Tabel 5.12 Tabulasi Silang Faktor Risiko Distres Psikologik dan Kejadian Stunting

Status Gizi	Kasus		Kontrol		Total		OR (CI 95%)	nilai p*
	n	%	n	%	n	%		
Skor Distres Psikologik								
Berisiko	26	18,1	11	7,6	37	25,7	2,905 (1,304-6,474)	0,013
Tidak berisiko	48	33,3	59	41	107	74,3		
Jumlah	74	51,4	70	48,6	144	100		

Keterangan : *cut off point* status Distress Psikologis berisiko jawaban ya  $\geq 8$  item (Sumber : Mary JJ & Williams PA, 1986 ; Maria B do Carmo, dkk, 2017)

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa anak pada kelompok kasus yang ibunya berisiko distres psikologik sebanyak 26 orang (18,1%) dan pada kelompok kontrol 11 orang (7,6%). Hasil analisis uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,013$  dengan OR (*Odd Ratio*) sebesar 2,905 (1,304-6,474). Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan proporsi yang signifikan antara risiko distres psikologik dengan kejadian *stunting* pada anak usia 6-35 bulan. Ibu dengan distres psikologik 2,91 kali lebih berisiko memiliki anak *stunting* dibandingkan ibu tidak berisiko distres psikologik.

## BAB VI

## PEMBAHASAN

## 6.1 Karakteristik Sosiodemografi

Pelaksanaan tahap *screening* responden dengan jumlah kehadiran dan memenuhi kriteria inklusi terendah ada di Kecamatan Jombang di Desa Tambakrejo sebesar 48,5%. Hal ini dipengaruhi karakteristik masyarakat perkotaan yang dalam skala masyarakat mempunyai ciri berskala individu, ciri lainnya antara lain: 1. Netral afektif yakni sikap yang lebih mementingkan rasionalitas sehingga lebih netral dalam perasaan; 2. Orientasi diri yakni sikap dimana manusia dengan kemampuan sendiri/hidup tanpa menggantungkan diri pada orang lain dan cenderung individualistik; 3. Pembagian pekerjaan lebih tegas dan mempunyai batas nyata; 4. Pembagian waktu yang lebih teliti dan penting untuk mengejar kebutuhan individu, 5. Perubahan sosial lebih nyata karena adanya pengaruh dari luar; 6. Interaksi yang terjadi lebih berdasarkan pada faktor kepentingan pribadi; 7. Jika dibandingkan dengan pedesaan kehidupan keagamaan berkurang. Dari ciri tersebut diterangkan lebih lanjut bahwa hubungan kemasyarakatan terbatas dalam hubungan sekunder, mencakup beberapa bidang kehidupan tertentu. Toleransi sosial lebih renggang asal tidak merugikan kepentingan umum. Berprinsip pada ikatan sukarela dimana keputusan menggabungkan ke dalam organisasi atau kegiatan yang disukainya saja (Setyadi, EM dan Kolip U, 2011).

Analisis bivariat dilakukan pada data sosiodemografi anak meliputi jenis kelamin anak ( $p = 0,993$ ), usia ibu ( $p = 0,511$ ), pendidikan ibu ( $p = 0,280$ ), pendidikan ayah ( $p = 0,367$ ), pekerjaan ibu ( $p = 0,470$ ) dan pekerjaan ayah ( $p =$

0,621). Didapatkan nilai  $p > 0,05$ . Hal ini berarti  $H_0$  diterima artinya jenis kelamin, pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu dan pekerjaan ayah bukan merupakan faktor risiko terjadinya *stunting* pada anak usia 6-35 bulan di Kabupaten Jombang.

Jenis kelamin anak didapatkan hasil tidak bermakna terhadap kejadian *stunting*. Penelitian menyatakan bahwa laki-laki maupun perempuan memiliki probabilitas yang sama untuk mengalami *stunting* meskipun memiliki komposisi tubuh berbeda, tetapi banyak faktor yang dapat menjadi penyebab masalah seperti asupan gizi terkait ketersediaan makanan dan faktor lain (Lalo E, *et al*, 2018).

Variabel umur ibu didapatkan hasil tidak bermakna terhadap kejadian *stunting*. Hal ini bertentangan dengan penelitian yang menyatakan bahwa usia ibu yang lebih tua dikaitkan dengan gejala yang merugikan misalnya depresi, kecemasan, dan distress pada wanita usia dewasa muda (Mc Lean, *et al*, 2015). Penelitian lain menyebutkan perbedaan kelompok usia ibu menyebabkan perbedaan perubahan sosial yakni perubahan peran sosial untuk wanita yang lebih tua (Neto *et al.*, 2015). Wemakor (2016) menyatakan sebaliknya ibu usia muda dan tidak menikah lebih cenderung depresi. Perbedaan hasil ini kemungkinan bisa diperoleh dari spektrum psikologis yang dinilai berbeda dengan kajian studi literatur dan faktor lain yang mungkin menyebabkan distress psikologik selain faktor usia.

Penelitian Amin dan Julia (2014) di Bantul, Jawa Tengah menyatakan bahwa pendidikan ibu dan ayah didapatkan hasil tidak bermakna terhadap kejadian *stunting*, hal ini disebabkan sebagian besar orang tua responden memiliki pendidikan terakhir menengah yaitu jenjang SMA. Pada jenjang

pendidikan  $\geq$  SMP cenderung lebih baik dalam pemilihan jenis makanan anak, hal ini disebabkan akses informasi yang lebih banyak tentang kesehatan anak sehingga pengetahuannya meningkat dan dapat diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari (Rosha BC, Hardinsyah dan Baliwati, 2012).

Pekerjaan ibu dan ayah didapatkan hasil tidak bermakna terhadap kejadian *stunting*, hal ini sejalan dengan beberapa penelitian mengindikasikan bahwa status gizi balita tidak hanya disebabkan status pekerjaan, tetapi banyak faktor yang dapat menjadi penyebab masalah seperti asupan gizi dan riwayat penyakit (Linda dan Hamal, 2011; Rohmawati dan Antika, 2017).

Jumlah anggota keluarga dalam kelompok kontrol dan kasus terendah 3 orang dan tertinggi 8 orang. Nilai  $p > 0,05$  maka, secara statistik tidak ada perbedaan bermakna antara jumlah keluarga kasus dan kontrol. Hal sejalan dengan penelitian Amin dan Julia (2014) menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kejadian *stunting*, hal ini dapat disebabkan faktor lain yang tidak diteliti seperti pengetahuan ibu terhadap prioritas penyediaan makanan di rumah.

## 6.2 Perbedaan Distres Psikologik Status Gizi Stunting dan Normal, Faktor Risiko Kesehatan Mental Ibu dengan Kejadian Stunting Pada Anak

Hasil penelitian terkait perbedaan total skor distres psikologik menunjukkan terdapat perbedaan total skor distres psikologik pada kelompok kasus dan kelompok kontrol. Proporsi kejadian *stunting* anak lebih banyak terjadi pada ibu kelompok kasus sebanyak 26 orang (18,1%), dengan uji *Mann Whitney p value*  $0,006 < 0,05$ . Hal ini berarti terdapat perbedaan total skor distres psikologik pada ibu antar kelompok.

Hasil serupa dinyatakan oleh beberapa penelitian diantaranya penelitian yang dilakukan Ejaz M.S., *et al.* (2012), menyatakan bahwa skor CMD di Karachi (Pakistan) lebih tinggi pada kelompok kasus sebanyak 25 orang (54%). Girma S., *et al.* (2018), menyatakan hal serupa bahwa proporsi status *positif maternal CMD* di Ethiopia Barat lebih tinggi pada kelompok kasus sebanyak 42 orang (53,8%).

Hasil analisis uji statistik terkait item pertanyaan tidak nafsu makan diperoleh nilai  $p = 0,045$ . Hasil analisis uji statistik item pertanyaan mudah takut diperoleh nilai  $p = 0,005$ . Item pertanyaan tegang, cemas, khawatir diperoleh nilai  $p = 0,001$ . Item pertanyaan pencernaan terganggu diperoleh nilai  $p = 0,048$ . Item pertanyaan sulit berpikir jernih diperoleh nilai  $p = 0,005$ . Item pertanyaan merasa tidak bahagia diperoleh nilai  $p = 0,004$ . Item pertanyaan sulit mengambil keputusan diperoleh nilai  $p = 0,027$ . Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan proporsi yang signifikan antara ibu yang menunjukkan salah satu atau lebih gejala distres psikologik (tidak nafsu makan/mudah takut/tegang, cemas, khawatir/pencernaan terganggu /sulit berpikir jernih/merasa tidak bahagia/sulit mengambil keputusan) dengan kejadian stunting pada anak usia 6-35 bulan.

Hasil uji bivariat item pertanyaan *screening SRQ 20* pada paragraf diatas menunjukkan bahwa ibu pada kelompok *stunting* banyak mengalami gejala yang termasuk dalam kategori *anxiety and depression scale* yang ditunjukkan dengan adanya gejala merasa tidak bahagia sebanyak 81,8%; perasaan mudah takut 75%; tegang, cemas, khawatir sebanyak 67,7%. Diikuti dengan gejala dari kelompok *somatic symptoms* ditunjukkan dengan adanya gangguan pencernaan dan penurunan nafsu makan. Gejala dari kelompok penurunan energi ditandai dengan adanya sulit berpikir jernih dan sulit membuat keputusan. Sedangkan gejala dari kelompok *depression thought* hasil uji statistik menunjukkan hasil

tidak signifikan. Hal ini sesuai dengan penelitian di Brazil yang dilakukan doCarmo, *et al.* (2017) bahwa prevalensi tertinggi gejala distres psikologis ditunjukkan gejala dari kelompok *anxiety and depression scale* untuk gejala tegang, cemas, khawatir 96,2%; perasaan mudah takut sebesar 82% dan merasa tidak bahagia 85,8%.

Hasil uji statistik penelitian ini terkait skor distres psikologik menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skor distres psikologik pada kelompok kontrol dan kelompok kasus. Proporsi kejadian *stunting* anak lebih banyak terjadi pada ibu kelompok kasus sebanyak 26 orang (18,1%), dengan p value  $0,013 < 0,05$ . Hal ini berarti terdapat perbedaan skor distres psikologik pada ibu antar kelompok. Nilai OR sebesar 2,905 (95% CI 1,304-6,474), hal ini berarti ibu yang berisiko distres psikologi mempunyai risiko 2,91 kali memiliki anak *stunting* dibanding ibu yang tidak berisiko distres psikologi.

Hasil serupa dinyatakan oleh beberapa penelitian di negara berkembang menyatakan bahwa buruknya kesehatan mental ibu khususnya depresi pada ibu menjadi faktor risiko dari buruknya pertumbuhan anak (Rahman A. *et al.*, 2008). Dari 12 studi terdapat 5 studi yang secara statistik signifikan bahwa *stunting* berhubungan dengan kejadian depresi ibu. Hasil analisa mengungkapkan hubungan yang positif dan signifikan antara depresi/gejala depresi pada ibu dengan gangguan pertumbuhan anak di negara berkembang. Dari hasil meta analisis 17 studi yang dilakukan menunjukkan bahwa anak dengan ibu yang depresi meningkatkan risiko *stunting* sebesar 1,4 kali. Ketika analisis dibatasi pada studi longitudinal hasil menunjukkan hubungan yang kuat bahwa depresi ibu diperkirakan meningkatkan OR sebesar 2– 2,2 kali (Surkan P.J. *et al.*, 2011).

Di Goa, anak yang ibunya mengalami depresi memiliki risiko *malnutrisi* 2,3 kali (95% CI 1,1 – 4,7) lebih tinggi daripada anak *non malnutrisi*, di Tamil Nadu 7,4 kali (1,6 – 38,5), di Pakistan 3,9 kali (1,9 – 7,8) lebih besar risikonya (Patel V. *et al.*, 2002; Chandran M. *et al.*, 2002; Rahman A. *et al.*, 2003). Penelitian Rahman A. *et al.* (2004) memperkirakan penurunan prevalensi depresi ibu dapat menyebabkan pengurangan keterlambatan pertumbuhan anak sampai 30%.

Engle PL, *et al.* (1997) mengartikan “Care” merujuk pada semua tampilan perilaku dan praktik ibu (pengasuh) dalam memenuhi asupan zat gizi (menyediakan makanan), perawatan kesehatan, stimulasi dan dukungan emosional untuk mendukung perkembangan kognitif dan psikososial pada anak, termasuk kesehatan maternal, kasih sayang dan sikap responsif dan semua dukungan yang diperlukan untuk kelangsungan hidup, kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan balita.

*Common Mental Disorder (CMD)* atau Gangguan Mental Emosional atau yang dikenal dengan istilah Distres Psikologik (Idaini S. *et al.*, 2014; Abbo C. *et al.*, 2008; Gelaye B. *et al.*, 2012) adalah kondisi distres psikis yang memenuhi kriteria *nosological* ICD-X dan DSM-IV untuk gangguan yang paling umum, yang terdiri dari grup kecemasan (*anxiety*), depresi (*depression*), dan penyalahgunaan zat (*sub substance*) terutama alkohol dalam bentuk ringan sampai sedang.

Secara konsisten dilaporkan mempunyai prevalensi tinggi di negara berkembang, yang meliputi gejala gangguan tidur (*insomnia*), *anxiety*, *fatigue*, *irritability*, *depressive moods*, sulit berkonsentrasi, dan keluhan somatik yang sering terjadi pada orang dewasa sering diabaikan dan perawatan efektif belum tersedia. *CMD* memiliki implikasi yang sangat signifikan mengenai kesehatan wanita, kesehatan

prenatal dan anak (WHO, 2001; Patel V. *et al.*, 1999 & 2007; Kohn R. *et al.*, 2004).

Insiden kejadian depresi pada perempuan di negara berkembang sangat bervariasi dari 15-57%. Depresi pada perempuan mempunyai etiologi yang kompleks, meliputi faktor yang beragam seperti kemiskinan, konflik dalam pernikahan, kekerasan domestik dan kekurangan dalam sumberdaya keuangan/masalah ekonomi (Wachs T.D. *et al.*, 2009). Laporan dari WHO (2012) menunjukkan paparan berbagai macam kekerasan domestik dan gender konflik situasi dan bencana alam juga muncul sebagai faktor risiko yang penting terhadap penyakit psikiatri pada wanita di negara berkembang seperti Pakistan.

Malnutrisi salah satu isu besar dalam bidang kesehatan secara global, sekitar 50,6 juta anak dibawah 5 tahun malnutrisi dan 90% nya berasal dari negara berkembang (Faruque A.S., 2003).

Penelitian terkini tentang dampak *mother mental health* pada pertumbuhan dan perkembangan anak menghasilkan beberapa temuan dalam lingkungan rumah, beberapa faktor ekonomi dan *caring* yang meliputi aspek (merawat/mengurus/peduli/ memperhatikan) menjadi faktor penentu yang berhubungan dengan *stunting*. Depresi pada ibu berhubungan dengan penurunan kemampuan dan ketertarikan ibu terhadap anak sehingga mempengaruhi perilaku pengasuhan diantaranya tidak responsif atau abai dalam pemberian asupan makanan termasuk menurunkan pemberian ASI Eksklusif yang mengakibatkan *malnutrisi* pada anak (Raugh V.A. *et al.*, 1990; Herrington R. *et al.*, 1990; Lovejoy M.C. *et al.*, 2000; McLean K.T. *et al.*, 2006; Ross J. *et al.*, 2011). Sikap abai atau ketidakhadiran ibu juga terjadi pada kegiatan stimulasi dan aktivitas yang tidak cukup dapat mempengaruhi terhadap kejadian *malnutrisi*

(*poor nutrition*) yang menghalangi perkembangan melalui berbagai jalur (Semba *et al.*, 2008; Imdad *et al.*, 2011; Hong, 2017 dalam Stewart *et al.*, 2013).

Terpisah dari kecukupan asupan makanan banyak faktor yang bertanggungjawab terhadap kejadian *undemutrition* pada anak, studi menunjukkan perilaku yang tepat dan sikap ibu mempunyai peran penting dalam mempertahankan status gizi yang baik pada anak (Musaigen A.O. *et al.*, 2011).

Praktik pengasuhan anak penting untuk pertumbuhan anak yang layak, hal ini disebabkan bahwa kesehatan mental ibu yang buruk mempunyai efek yang merugikan terhadap praktik pengasuhan dan menyebabkan gangguan tumbuh kembang pada anak (Ejaz M.S. *et al.*, 2012). Distres psikologis pada ibu mempengaruhi interaksi yang baik antara ibu dan anak (*Mother Child Interaction/MCI*), hal ini berkontribusi dengan perkembangan status gizi anak. Delapan prinsip *MCI* antara lain : (1) perasaan positif, (2) mengikuti inisiatif anak, (3) komunikasi, (4) berdoa, (5) fokus, (6) memberikan arti, (7) pengembangan, (8) regulasi/peraturan. Penelitian yang dilakukan di Sao Paulo-Brazil menunjukkan bahwa jika skor *MCI* rendah maka hasil *SRQ-20* (*Self Reporting Questionnaire-20*) positif, artinya ibu berisiko mengalami distres psikologik (Miranda C.T. *et al.*, 2000).

Perkembangan anak yang optimal muncul sebagai hasil interaksi antara lingkungan dan anak. Lingkungan yang stabil merupakan hal sensitif terkait beberapa aspek yang termuat dalam konsep Perawatan Pengasuhan (*Nurturing Care*) (UNICEF) yang merupakan kondisi yang diciptakan oleh kebijakan, program, dan layanan publik yang merupakan satu kesatuan inti dari komponen yang saling terkait (*interrelated component*) untuk meningkatkan beberapa aspek mengenai anak dengan keluarganya, pengasuh yang terlibat dan lingkungan

tempat mereka berinteraksi, kegiatan ini memungkinkan masyarakat dan pengasuh menciptakan aspek terkait *Nurturing Care* yang baik antara lain: sikap, perilaku, dan pengetahuan terkait pengasuhan misalnya tentang kesehatan, perawatan kebersihan (*hygiene care*), dan pemberian makanan (*feeding*); stimulasi yang meliputi berbicara, bernyanyi dan bermain; sikap responsif (*responsiveness*) yang terkait dengan ikatan dini (*early bonding*), keterikatan kasih sayang (*secure attachment*), komunikasi terpercaya dan sensitif (*trust and sensitive communication*); dan keamanan (*safety*) terkait perlindungan sehari-hari (*routine*), perlindungan dari kekerasan, perilaku fisik atau verbal menyimpang (*abuse*), mengabaikan (*neglect*), lingkungan yang merugikan dan polusi lingkungan. Dukungan dan penguatan konsep harus dilakukan oleh komunitas yang besar dan adanya kebijakan, mengingat konsep *Nurturing Care* merupakan konsep yang menyeluruh (UNICEF, 2017 ; WHO *et al.*, 2018).

WHO (2018) menyebutkan dalam aspek pemenuhan kebutuhan gizi dimulai sejak kebutuhan pada ibu hamil, bayi 0-6 bulan dan > 6 bulan. Dari usia 6 bulan, anak perlu MP ASI yang cukup dan beragam, mengandung cukup makro dan mikro nutrien untuk menunjang pertumbuhan fisik dan otak di *golden age period* mereka. Selain ASI perlu ditawarkan makanan lain yg ditunjang interaksi sosial dan emosional dalam pemberian makan pada anak. Ketika asupan makanan harian gagal memenuhi pertumbuhan yang baik (*undernutrition*) maka disini suplemen mikronutrien dibutuhkan, atau pada kondisi gizi lebih juga diperlukan *treatment*. Termasuk tentang keamanan makanan (*food safety*) dan ketahanan pangan keluarga (*family food security*) merupakan hal penting untuk kecukupan gizi.

WHO (2018) lebih lanjut menjelaskan aspek *responsive caregiving* yang mencakup kegiatan mengamati dan menanggapi setiap gerakan, suara, isyarat/bahasa tubuh (*gestures*) dan permintaan verbal. Hal ini merupakan dasar untuk: 1) melindungi anak dari cedera, efek negatif dan kesulitan; 2) mengenali dan merespon penyakit anak; 3) pengayaan pembelajaran; 4) membangun kepercayaan dan hubungan sosial. Pengasuhan responsif juga mencakup pemberian makan secara responsif, terutama pada bayi dengan BB rendah atau kondisi sakit. Sebelum anak bisa berbicara, keterikatan antara anak dan pengasuh diekspresikan melalui pelukan, kontak mata, senyum, vokalisasi dan gerak tubuh. Interaksi saling menyenangkan menciptakan ikatan emosional (*bonding*) yang membantu anak memahami dunia sekitar mereka dan sebagai media pembelajaran mengenai manusia (orang), hubungan dan bahasa. Interaksi sosial seperti ini merangsang koneksi otak.

Aspek selanjutnya adalah *Early Learning WHO* (2018) menjelaskan bahwa anak tidak mulai belajar hanya ketika mereka mulai menginjak usia pra sekolah dan taman kanak-kanak, dimana mulai diperkenalkan warna, bentuk, angka dan huruf. Belajar yang dimaksud adalah belajar dalam bentuk mekanisme manusia, memastikan keberhasilan adaptasi terhadap perubahan lingkungan, yang dimulai sejak masa *konsepsi*, berlanjut pada tahun pertama setelah kelahiran saat memperoleh keterampilan dan kapasitas secara interpersonal, melalui hubungan dengan orang lain melalui kontak mata, senyuman, berbicara, bernyanyi, model, imitasi dan sederhana. Bermain bersama barang rumah tangga dapat membantu anak belajar tentang rasa dan kualitas objek, termasuk apa yang dapat dilakukan dengan barang tersebut. Termasuk ibu/pengasuh yang sibuk dapat memberikan motivasi, rasa percaya diri selama menyusui, mandi, melakukan tugas rutin

rumah tangga lainnya. Interaksi ini membantu anak belajar tentang orang lain (selain dirinya). Anak membutuhkan kasih sayang dan pengasuhan aman dari orang dewasa di lingkungan keluarga, dengan bimbingan dalam kegiatan sehari-hari dan hubungan dengan orang lain. Hal ini memberikan pengalaman dini yang penting pada anak tentang pembelajaran sosial.

Anak-anak tergantung pada perawatan yang diterima dari orang lain.

Kebutuhan fisik, psikologisnya harus dipenuhi satu atau lebih oleh seseorang yang mengerti apa kebutuhan dan keinginan bayi secara umum dan khusus. Pertumbuhan anak dalam semua aspek baik kesehatan maupun kepribadian tergantung pada kemampuan orang dewasa yang mengasuh untuk sepenuhnya mengerti, menerjemahkan, merespon permintaan anak terhadap bantuan dan dukungan. Perawatan yang diterima mempunyai efek yang sangat kuat pada kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangan mereka (WHO, 2004).

WHO (2004) menyebutkan bahwa pengasuhan yang sensitif dan responsif adalah persyaratan untuk perkembangan neurofisiologi, fisik, psikologis yang sehat seorang anak dan merupakan fitur kunci dalam pengasuhan yang berkaitan dengan kesehatan dan perkembangan anak-anak. Sensitivitas merupakan sikap kewaspadaan terhadap perilaku dan suara bayi yang menunjukkan sinyal kebutuhan dan keinginan bayi yang harus ditanggapi.

Responsif/kepekaan merupakan kemampuan ibu merespon/menanggapi dengan tepat sinyal yang dikirimkan anak kepada ibu. Untuk memastikan kesehatan dan pertumbuhan anak, ibu harus peka terhadap keadaan fisik anak misalnya dalam menilai apakah anak lapar, lelah, perlu ke toilet atau sedang dalam kondisi sakit.

Ibu yang responsif dapat melakukan penilaian dari memantau gerakan, perubahan ekspresi, perubahan warna, perubahan suhu dan kesukaan. Dengan

terus mengawasi respon anak, mereka dapat menyesuaikan tindakan mereka untuk mencapai hasil optimal. Misalnya menenangkan anak yg rewel, mengantarkan anak tidur, mendorong anak untuk tetap makan selama sakit.

Selain itu bagaimana cara mengatasi tantangan kondisi pada anak tertentu, misal anak dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), atau anak dengan penyakit tertentu tergantung kemampuan ibu untuk menyesuaikan pengasuhan mereka sesuai kebutuhan anak.

Interaksi antara ibu dengan anak penting untuk fungsi kognitif anak, melengkapi dan memperluas kapasitas anak untuk mengidentifikasi dan menindaklanjuti obyek, perkembangan psikososial termasuk akuisisi makna bahasa dan budaya (WHO, 2004).

Anak-anak yang pengasuhannya kurang memadai atau proses perawatannya terganggu dalam beberapa cara misalnya, tidak mendapatkan gizi yang cukup, mengalami stress, dilecehkan secara fisik dan terabaikan mereka mungkin mengalami malnutrisi, tidak tumbuh dengan baik, tanda awal adanya penyakit tidak terdeteksi. Beberapa penelitian menyebutkan anak-anak yang termasuk kelompok gagal tumbuh mereka cenderung mudah sakit, menuntut perhatian, sulit memiliki hubungan normal dengan anak-anak lain (WHO, 2004).

Faktor alamiah mendasar yang secara langsung mempengaruhi kualitas dan menjadi hambatan hubungan ibu dan anak adalah masalah sosial dan ekonomi. Suasana hati ibu dan keadaan emosional ibu menentukan perilaku ibu dalam memberikan pengasuhan yang pada akhirnya menimbulkan konsekuensi terhadap kesehatan dan perkembangan anak. Studi mengenai depresi pada ibu menunjukkan bahwa hubungan pengasuhan yang kuat dan baik dapat melindungi anak dari efek yang buruk, anak lebih sehat dan produktif di sekolah

dan pekerjaan, serta memiliki hubungan baik dengan orang lain. Disisi lain, ibu dengan perasaan dan suasana hati yang buruk dapat mengganggu pengasuhan. Ibu yang mengalami stress atau kecemasan kronis dapat menarik diri atau menjauh dari anak, lalai terhadap kondisi fisik dan psikologis anak. Kurang perhatian dan pengawasan yang buruk, ibu menjadi tidak sadar adanya tanda awal penyakit, memberikan makanan yang tidak mencukupi kebutuhan gizi anak, tidak adanya *feedback* misalnya pujian atas sesuatu yang dilakukan anak dengan baik, tidak memberikan bimbingan pada perilaku anak. Stres kronik terkait dengan kemiskinan dan tantangan dalam lingkungan lainnya, hal ini juga dapat menyebabkan penurunan kemampuan ibu untuk memberikan kasih sayang terganggu. Dampak pada anak akan bertahan hingga remaja dan menjadikan gangguan pada remaja tersebut dalam bentuk gangguan perilaku, kecemasan, depresi (WHO, 2004).

Sikap lalai ibu akan mempengaruhi peningkatan salah satu faktor penyebab stunting secara tidak langsung yaitu praktek pengasuhan yang kurang baik, dan akibat praktek pengasuhan yang kurang baik ini menyebabkan 60% bayi usia 0-6 bulan tidak mendapat Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif, 2 dari 3 anak usia 6-24 bulan tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), dan cakupan imunisasi dasar lengkap yang rendah (TNPK, 2017).

Bayi yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif tidak mendapat keunggulan ASI sebagai faktor pertumbuhan antara lain : kenaikan berat badan sesuai KBM (Kenaikan Berat Minimal), mencegah obesitas, mengurangi risiko alergi, mengurangi risiko karies gigi, mengurangi maloklusi kelainan rahang, imunitas yang lebih baik (ASI sebagai anti infeksi), *bonding* yang baik (Kemenkes,2017). Menyangkut mengenai pemberian ASI Eksklusif, WHO dan IDAI (2013)

menyebutkan bahwa Hormon Oksitosin (hormon cinta) memegang peranan penting dalam produksi ASI dan akan terpengaruh jumlahnya jika ibu mengalami stres (termasuk kondisi distres psikologik) sehingga berdampak menurunnya jumlah ASI yang diproduksi dan pada kondisi ekstrimnya terjadi penghentian produksi ASI.

Tentang praktik pemberian makan bayi yang benar rekomendasi WHO yakni dengan memberikan ASI sesegera mungkin (<1 jam) setelah melahirkan/Inisiasi Menyusui Dini (IMD) selama 60 menit, dilanjutkan dengan memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan, dilanjutkan dengan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada usia 6 bulan di samping pemberian ASI sampai usia 24 bulan (IDAI, 2015). MP ASI wajib diberikan setelah > 6 bulan karena ASI saja tidak lagi dapat memenuhi kebutuhan bayi (Kemenkes, 2017). Usia 6-9 bulan merupakan tahapan kritis dalam pengenalan makanan padat secara bertahap untuk stimulasi *oromotor*. Pengenalan yang lambat (> 9 bulan) kemungkinan untuk terjadinya masalah makan akan lebih tinggi (WHO, 2002). Sedangkan ibu yang berisiko distres psikologi berisiko akan mengalami masalah terkait pemberian MP ASI yaitu menurunnya sikap dan perilaku responsif (WHO, 2004). Hal ini akan mengakibatkan kekurangan asupan makanan yang dapat mengakibatkan *malnutrisi (undernutrition)* dan berpengaruh terhadap daya tahan tubuh dan meningkatnya peluang terkena infeksi (Kemenkes, 2017).

### 6.3 Kekuatan dan Keterbatasan Penelitian

#### 6.3.1 Kekuatan Penelitian

1. Instrumen penelitian (SRQ 20) merupakan instrumen yang telah divalidasi untuk negara berkembang dan mempunyai nilai sensitivitas 83% dan spesifisitas 80% (Mari JJ & Williams P, 1986).
2. Pemilihan responden memenuhi perhitungan sampel minimum yang dipilih secara acak dan mempertimbangkan perwakilan karakteristik geografi daerah perkotaan, pedesaan pedesaan dataran rendah dan daerah pedesaan dataran tinggi.
3. Penelitian telah meminimalisasi faktor perancu dan analisa statistik menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan dari variabel sosio demografi.
4. Penelitian telah meminimalkan faktor bias pengukuran dengan melibatkan lulusan gizi terlatih.

#### 6.3.2 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian terdapat beberapa keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil yang ditampilkan, antara lain :

1. Waktu yang relatif singkat dan suasana yang kurang mendukung untuk dilakukan wawancara dengan responden. Meski kesepakatan antara responden dan keluarga telah dicapai, wawancara responden dengan membawa anak dapat mempengaruhi *mood* responden dan anak karena wawancara membutuhkan waktu relatif panjang.
2. Beberapa pertanyaan dalam kuesioner SRQ 20 yang mungkin "tabu" untuk diungkapkan kepada orang "asing" (peneliti) meskipun telah dilakukan probing.
3. Dapat terjadi recall bias karena keterbatasan daya ingat responden.

#### 6.4 Implikasi bagi Kesehatan Masyarakat

1. Perlu adanya kebijakan yang meregulasi semua faktor risiko terjadinya stunting di Kabupaten Jombang sehingga penanganan kejadian stunting tidak hanya difokuskan pada penyebab langsung stunting.
2. Adanya peningkatan promosi dan edukasi terhadap ibu pentingnya keterkaitan antara ibu dan anak, bonding pada ibu dan anak untuk mengoptimalkan tumbuh kembang.
3. Memperkenalkan konsep *Nurturing Care* kepada masyarakat luas dalam kelas ibu, kelas calon ibu, remaja, kelas pra nikah sehingga menjadi aspek preventif kejadian gagal tumbuh atau adanya gangguan tumbuh kembang.
4. Adanya perhatian lebih terhadap kejadian Distres psikologis terhadap kelompok rentan khususnya wanita (ibu), dan penanganan gejala yang muncul dengan segera dan perawatan yang lebih baik agar tidak menimbulkan efek yang merugikan lebih lanjut.

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Terdapat perbedaan total skor distres psikologik antara ibu anak kasus (*stunting*). Jumlah total skor distres psikologik terendah dalam kelompok *stunting* dan non *stunting* skor 0. Sedangkan jumlah total skor tertinggi pada kelompok *stunting* skor 15 dan kelompok non *stunting* skor 11. Secara statistik ada perbedaan bermakna antara total skor Distres psikologik pada kelompok *stunting* dan non *stunting*.
2. Proporsi skor distres psikologis ibu pada anak *stunting* adalah 18,1% dan lebih tinggi dibandingkan pada ibu anak non *stunting* sebesar 7,6% dengan nilai OR (*Odd Ratio*) sebesar 2,905 (1,304-6,474) yang menunjukkan ibu dengan anak *stunting* berisiko mengalami Distres psikologi atau gangguan mental umum 2,91 kali dibanding ibu dengan anak tinggi badan normal.

#### 7.2 Saran

1. Penelitian selanjutnya sebaiknya menggunakan desain penelitian kohort, dengan variabel faktor risiko *stunting* lengkap baik faktor risiko langsung maupun tidak langsung, dengan waktu pengamatan lebih lama dan jumlah sampel lebih besar dan wilayah lebih luas untuk mendapatkan hasil lebih baik dan meminimalkan terjadinya bias, selain itu terjalin kedekatan antara

peneliti dan responden sehingga responden lebih terbuka dalam menyampaikan kondisi yang sebenarnya.

2. Perlu adanya diseminasi hasil penelitian dan melakukan penelitian lebih lanjut untuk mengkaji faktor distres psikologik ibu dengan melibatkan ahli di bidang psikologi/psikiatri dengan ulasan dari sisi ilmu jiwa yang lebih baik dan komprehensif.



## DAFTAR PUSTAKA

Abbo C., Ekbald S., Waako P., Okello E., Muhwezi W., Musisi S. Psychological distress and associated factors among the attendees of traditional healing practices in Jinja and Iganga districts, Eastern Uganda : a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst.* 2008; 2:16.

Adair L.S dan Guilkey D.K. Age specific determinants of stunting in Filipino children. *The Journal of Nutrition.* 2017;127, 314-320.

Amin N.A dan Julia M., Faktor Sosiodemografi dan Tinggi Badan Orang Tua serta Hubungannya dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 6-23 bulan. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia.* 2014; 2 (3):170-177.

Azizah L.M, Zainuri I, Akbar A. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa (Teori dan Aplikasi Praktik Klinik)*. Indomedia Pustaka. Yogyakarta.

Bennett I.M, et al. Maternal mental health, and child growth and development, in four low-income and middle-income counties. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70;168-173.

Biro Pusat Statistik Kabupaten Jombang, 2018. Tinggi wilayah diatas permukaan laut menurut kecamatan di Kabupaten Jombang, (Online), (<http://www.jombangkab.bps.go.id.htm>), diakses 3 Juli 2020.

Black et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income country. *Lancet*, 2013;382, 427-451.

BPKP.2012. Perwakilan Badan Pengawasan BPKP Provinsi Banten, (Online), (<http://www.bpkp.go.id/dki2/konten/1092/geografis>), diakses 3 Juli 2020.

Budiarto E., 2002. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. EGC. Jakarta.

Candra A, Puruhita N, Susanto JC. Risk factor of stunting among 1-2 years old children in Semarang city. *Media Medika Indonesiana.* 2011;45: 206-12.

Candra A., 2012. *Hubungan Underlying Faktor dengan Kejadian Stunting pada Anak 1-2 Tahun*. Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Undip.(Online),(<http://ejournal.undip.ac.id/index.php/mmi/article/view/3254>) diakses 6 Mei 2019.

Do Carmo M.B.B., dos Santos L.M., Feitosa C.A., Fiaccone R.L., da Silva N.B., dos Santos D.N., et al. 2018. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil : what are the alternative strategies for analysis?. *Brazilian Journal of Psychiatry. Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2018;40:112-122.

Casey P, Goolsby S, Berkowitz C, Frank D, Cook J, Cutts D, et al. Maternal Depression, Changing Public Assistance, Food Security, and Health Status. *J Pediatrics.* 2004;113(2):298-304.

Chandran M, Tharyan P, Muliylil J, et al. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. *Br J Psychiatry.* 2002;181:499-504.

Chasin Kristen dan Oot Lesley. 2018. *Guide to Anthropometry. Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA)*. USAID, hal. 26.

Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Wulgar M, Murray L, Molteno C. Postpartum depression and the mother-infant relationship in South African peri-urban settlement. *J Psychiatry* 1999;175(6):554-8.

Craig, TKJ & Broadman, AP. 2009. *Masalah kesehatan mental yang umum di pelayanan lini pertama*. Dalam Davies T. & Craig, TKJ eds. ABC Kesehatan Mental. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Depkes RI. 2014. *Buku Saku Asuhan Gizi di Puskesmas*. Jakarta : Direktorat Bina Gizi Kementerian Kesehatan RI.

Dinkes Kabupaten Jombang. 2018. *Data Laporan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang tahun 2018*.

Direktorat Gizi Masyarakat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. 2015. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi dan Indikator Kinerja Gizi Tahun 2015*. Kementerian Kesehatan RI.

Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1995/MENKES/SL/XII/2010 tentang *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta, 2010. Available from: <http://gizi.depkes.go.id/wpcontent/uploads/2012/11/buku-sk-antropometri-2010.pdf>

Ejaz M.S., Sarwat A., Alsha T., Maternal psychiatric morbidity and childhood malnutrition. *Pak Med Sci* 2012;28(5):874-878.

Engle P.L & Haddad L. Care and Nutrition : Concepts and Measurement. World Development. *Elsevier Science Ltd*. 1999:Vol 27,No 8:1309-1337.

Engle P.L, Menon P, Garret J.L, Slack A. 1997. Urbanization and caregiving: a framework for analysis and examples from southern and eastern Africa. *Environment and Urbanization*. 9:2.

Ertel K.A, Koenen K.C, Edward J.W, Gillman M.W. Maternal depressive symptoms not associated with reduced height in young children in US prospective cohort study : *Plos one*. 2010;vol 5, issue 10:e13656.

Faruque AS, Ahmed AM, Ahmed T, Islam MM, Hussain MI, Roy SK, et al. Nutrition: basis for healthy children and mothers in Bangladesh. *J Health Popul Nutr*. 2008;26(3):325-339.

Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012;90:139-49.

Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5) Part 1):1071-83.

Gelaye B, Lemma A, Deyassa N, Bharatiweb Y, tesfaye M, Berbanne Y, et al. Prevalence and correlates of mental Distress among working adults in Ethiopia. *J Clin Pract Epidemiol Mental Health*. 2012;8 : 126-33.

Gershwin M, Nestel P, Keen C. 2004. *Handbook of Nutrition and Immunity*. NewHersey: Humana Press. 71-85.

Girma S, Fikadu T, Abdisa E. Maternal Common Mental Disorder as Predictors of Stunting among Children Aged 6-59 Months in Western Ethiopia : A Case Control Study. *International Journal of Pediatrics*. 2019;Vol 8.

Harjatmo Titus Priyono, et al. 2017. *Bahan Ajar Gizi : Penilaian Status Gizi*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.

Harpham T., Huttly S., De Silva M.J., Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:1060-1064.

Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *J Psychiatric status. Arch Gen Psychiatry*.

Hong R. Effect of economic inequality on chronic childhood undernutrition in Ghana. *Public Health Nutrition*. 2007;10,371-378.

Idaini S, Prihatini S, Suryaputri I.Y, Indrawati L. Pola Gangguan Mental Emosional Penduduk Indonesia : Telaah RISKESDAS 2007 dan 2013. *J Indon Med Assoc*, 2014;Vol :64,No :4.

Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2013. *Air Susu Ibu : Stres dan Cinta*, (Online), (<http://www.idai.or.id/artikel/klinik/asi/air-susu-ibu-stres-dan-cinta>), diakses 3 Juli 2020.

Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2015. *Rekomendasi Praktik Pemberian Makan Berbasis Bukti pada Bayi dan Batita di Indonesia untuk Mencegah Malnutrisi*. Unit Kerja Koordinasi Nutrisi dan Penyakit Metabolik, Ikatan Dokter Anak Indonesia. Jakarta.

Ilham AR, Rizqi AZ. 2017. *Arah Kebijakan Kesehatan Mental : Tren Global dan Nasional Serta Tantangan Aktual Dalam Buletin Penelitian Kesehatan*. Kemenkes RI. Jakarta. 45-52.

Imdad A., Yakoob M.Y. & Bhutta Z.A. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. 2013. *BMC Public Health*: 11.

International Food Policy Research Institute. 2016. *The 2016 Global Nutrition Report*. IFPRI: Washington DC.

Janevic T, Petrovic O, Bjelic I, Kubera A. Risk factors for childhood malnutrition in Roma settlements in Serbia. *BMC Public Health*. 2010;10:509.

Kemendesa PDT. 2017. *Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting*. Kementerian Desa, Pembangunan Desa Tertinggal. Jakarta, hal. 4.

Kemenkes RI. 2016. *Pedoman umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. Kementerian Kesehatan. Jakarta.

Kemenkes RI. 2018. *Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2017*. Direktorat Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan. Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Panduan Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir Berbasis Perlindungan Anak*. hlm. 19, 27.

Kementerian Kesehatan RI. 2017. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta. hlm. 71.

Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi. 2017. *Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting*. Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI. 2017. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta.

Kessler RC, Aguilar GS, Alonso J, *et al*. The global burden of mental disorders ; an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys, *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2011.18(1): 23-33.

Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organization*. 2004, 82:858-66.

Kusharisupeni. Peran Status Kelahiran terhadap Stunting pada Bayi: Sebuah Studi Prospektif. *Jurnal Kedokteran Trisakti*. 2002, 23: 73-80.

Lalo E., Tahu S.K, Bara S.O. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* di wilayah kerja UPT Puskesmas Oebobo Kupang. *CHMK Midwifery Scientific Journal*. 2018, 2 (3):9-19.

Linda O dan Hamal D.K. Hubungan Pendidikan dan pekerjaan orang tua serta pola asuh dengan status gizi balita di kota dan Kabupaten Tangerang. 2011, J FKM FIKES UHAMKA.

Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior:a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2000, 20:561-92.

Malhi S.G, Bridges P.K. 1998. *Management of Depression*. United Kingdom : Martin Dunitz Ltd.

Marchira, CR, Wirasto, RT, & Sumarni. 2007. *Pengaruh Faktor Psikososial dan Insomnia terhadap depresi pada lansia di Kota Yogyakarta*. Berita Kedokteran Masyarakat, 23 (1) : 1-5.

Marl JJ. Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20)) in primary care in the city of Sao Paulo. *J Soc Psychiatry*. 1986,148:23-8.

McKenzie, James F. 2006. *Kesehatan Masyarakat : Suatu Pengantar*, Ed.4. EGC. Jakarta, hal. 4 dan 196.

McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. The timing of maternal depressive symptoms and mothers' parenting practices with young children: implications for pediatric practice. *Pediatrics* 2006, 118:e174-82.

Miranda CT, Paula CS, Santos L, Nobrega F.J, Hundeide K, Orley J. Association Between Mother-Child Interaction and Mental Health Among Mothers of Malnourished Children. Oxford University Press. *J of Tropical Pediatrics*. 2000;46:314.

Musaiger AO, Hassan AS, Obeid O. The Paradox of nutrition related diseases in the Arab countries. The need for action. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(9):3637-3671.

Nadiyah, et al. 2014. Faktor Risiko Stunting Pada Anak 0-23 Bulan Di Provinsi Bali, Jawa Barat dan NTT. Departemen Gizi Masyarakat Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor. Bogor.

Namora LL. 2009. Depresi Tinjauan Psikologi. Kencana Publishing. Jakarta.

Neto J.L.C, Paula C.S, Florencio T.M, Miranda C.T. Disability due to maternal common mental disorders (CMDs) as a risk factor for chronic childhood malnutrition:cross sectional study. *Sao Paulo Med J* : 2016,134(3):228-33.

NICE. 2011. Common Mental Health Disorders : Identification and Pathways To Care, National Clinical Guideline Number 123. London. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8(1):37-54.

Ormel J, Van Korff M, Ustun T.B, et al. Common mental disorder and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problem in General Health Care. *JAMA*. 1994;272(22):1741-8.

P.H Nguyeen, Saha K.K., Ali D., Menon P., Manohar S., Mai L.T., Rawat R and Ruel M.T., Maternal mental health is associated with child undernutrition and illness in Bangladesh, Vietnam and Ethiopia. *Public Health Nutrition* 2013;17(6);1318-1327.

Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370:991-1005.

Patel V, De Souza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low-income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child*. 2003;88:34-7.

Patel V, Rahman A, Jacob KS, et al. Effects of maternal mental health of infant growth in low-income countries: new evidence from South Asia. *BMJ* 2004;328:820-3.

Patel V, Rodrigues M, De Souza N. Gender, poverty and post-natal depression: a cohort study from Goa, India. *Am J Psychiatry*. 2002;159:43-7.

Pemerintah Kabupaten Jombang. Profil Kabupaten Jombang, (Online), (<http://www.jombangkab.go.id.html>). diakses 2 Mei 2020.

Pritasari, et al. 2017. Bahan Ajar Gizi : Gizi Daur Kehidupan. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta, hal. 65 dan 71.

Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. 2018. *Situasi Balita Pendek*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.

Rahman A, Bunn J, Lovel H, et al. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:481–6.

Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. 2004a;61(9):946-52.

Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med*. 2003;33:1161–7.

Rahman A, Love H, Bunn J., et al. Mothers' mental health and infant growth: a case control study from Rawalpindi, Pakistan. *Child Care Health Dev* 2004b;30:21.

Raugh V.A., Landrign P.J., Claudio, L. Housing and health : Interaction of poverty and environmental exposures. *Annals of the New York Academy of Nutrition and Dietetics*. 2008.1136(7):276-288.

Rehfuess E, Bruce N, Ustun A.P. Association between child malnutrition and maternal common mental disorders : the potential role of disability. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65:559.

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2017. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI.

Rohmawati N dan Antika R.B. Risk Factors Stunting Incidence in Children Aged 6-36 months In Jember Regency. *Faculty of Nursing University of Jember*. 2017, 128-136

Rosha B.C., Hardinsyah., dan Baliwati Y.F. Analisis Determinan Stunting anak 0-23 bulan pada daerah miskin di Jawa Tengah dan Jawa Timur. *Penel Gizi Makan*. 2012, 35:34-41.

Ross J, Hanion, Mehin G, Alem A, Tesfye F, Patel V, et al. Perinatal mental Distress and infant morbidity in Ethiopia: a cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2011;96:F59-F64.

Sawyer A, Ayers S, Smith H. Pre- and postnatal psychological wellbeing in Africa: a systematic review. *J Affect Disord*. 2010,123:17–29.

Semba R.D., de Pee S., Sun K., Sari M., Akhter N. & Bloem M.W. Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: a cross-sectional study. *Lancet*. 2008, 371, 322–328.

Setiadi, EM dan Kolip U. 2011. *Pengantar Sosiologi : Pemahaman Fakta dan Gejala Permasalahan Sosial : Teori Afiliasi dan Pemecahannya*. Jakarta : Kencana.

Stewart CP, Lanotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal Child Nutr.* 2013;9 (Suppl. 2):27–45.

Supariasa, Nyoman. 2016. *Penilaian Status Gizi*. EGC. Jakarta.

Surkan P.J., Kennedy C.E., Hurley K.M., Black M.M., Maternal depression and early childhood growth in developing countries : systematic review and meta-analysis: *Bull World Health Organization*, May 2011;287:607-615D.

The LANCET. 2013. *Maternal and Child Nutrition*. Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series. USA. John Hopkins Bloomberg School of Public Health.

TNP2K. 2017. *100 Kabupaten/Kota Prioritas Untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*. Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. Jakarta Pusat : Sekretariat Wakil Presiden RI.

UNICEF. 1998. *The State of the World's Children*. New York: Oxford University Press.

UNICEF. 2017. *UNICEF Programme Guidance For Early Childhood Development*. New York : UNICEF Programme Division.

Upadhyay A.K., and Srivastava S. Effect of pregnancy intention, postnatal depressive symptoms and social support on early childhood stunting : findings from India. *BMC Pregnancy and Child Birth*. 2016, 16:107.

V.A. Rauh,G.A.Wasserman, andS.A.Brunelli, "Determinants of maternal child-rearing attitudes," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 29, no. 3, pp. 375–381, 1990.

Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS, Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008;371(9609):340–57.

Wachs TD, Black MM, Engle PL. Maternal depression: a global threat to childrens health, development, and behavior and to human rights. *Child Dev Perspect* 2009;3:51–9.

Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, *et al.* Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet* 2011;378:1325–38.

Wemakor A and Mensah A.K, Association between maternal depression and child stunting in Northern Ghana : a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2016, 16:869.

WHO, UNICEF, World Bank, ECDAN. 2018. *Nurturing Care For Early Childhood Development : a Framework for helping children survive and thrive to transform Health and human potential*. Geneva : WHO.

WHO.1995. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*, WHO technical report series. Geneva: WHO.

WHO. 2003. *Global Strategy for Infant and Young Children Feeding*. Geneva: World Health Organization.

WHO. 2004. *The Importance of Caregiver–Child Interactions for the Survival and Healthy Development of Young Children: A Review*. Geneva: WHO.

WHO. 2017. *Depression and Other Common Mental Disorder*. Geneva : World Health Organization.

WHO. 2017. *Guidance on Ending the Inappropriate Promotion of Foods for Infant and Young Children*. Geneva : World Health Organization.

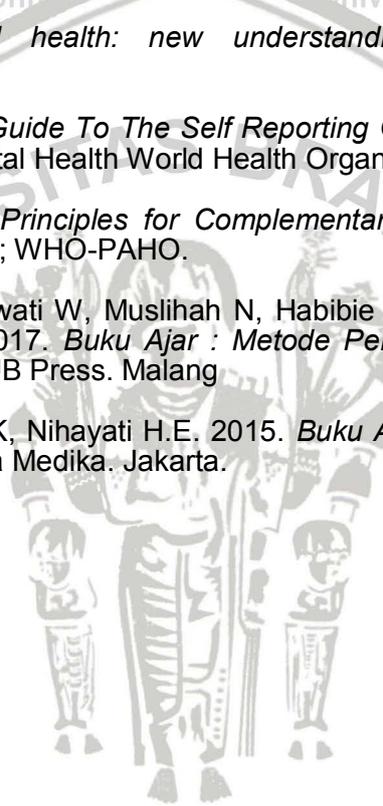
WHO. 2001. *Mental health: new understanding*. Geneva:World Health Organization.

WHO.1994. *A User's Guide To The Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva Division of Mental Health World Health Organization.

WHO. 2003. *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*. Geneva; WHO-PAHO.

Wirawan N.N, Rahmawati W, Muslihah N, Habibie I.Y, Wilujeng C.S, Purwestri R.C., et al. 2017. *Buku Ajar : Metode Perencanaan Intervensi Gizi di Masyarakat*. UB Press. Malang

Yusuf A, Fitriyasari P.K, Nihayati H.E. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika. Jakarta.





Lampiran 1.

PERNYATAAN TELAH MELAKSANAKAN INFORMED CONSENT

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Citra Rystia

NIM : 185070309111004

Program Studi : Ilmu Gizi

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya,

Menyatakan bahwa saya telah melaksanakan proses pengambilan data penelitian sesuai dengan yang disetujui pembimbing dan telah memperoleh pernyataan kesediaan dan persetujuan dari responden sebagai sumber data.

Mengetahui  
Pembimbing I

DR. Nurul Muslihah, SP, M.Kes  
NIP. 197401262008012002

Malang, 1 Oktober 2019  
Yang membuat pernyataan,

Citra Rystia  
NIM. 185070309111004



## Lampiran 2.

**PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN**

1. Kami (Hafid Wahyu Mauludin dan Citra Rystia) adalah mahasiswa Jurusan Gizi Kesehatan Fakultas Kedokteran dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang bertujuan mengkaji “Faktor Risiko Stunting Anak 6-35 Bulan di Kabupaten Jombang”
2. Tujuan penelitian ini sebagai kajian mengenai faktor risiko kejadian anak pendek ditinjau dari komponen : menyusui, hygiene sanitasi dan perawatan anak.
3. Penelitian ini berlangsung selama bulan Desember dengan responden ibu balita yang termasuk dalam kriteria penelitian yang bertempat tinggal di wilayah Kabupaten Jombang.
4. Prosedur pengambilan data sampel adalah dengan pengukuran tinggi/panjang badan serta wawancara terstruktur mengenai karakteristik responden, gejala kecemasan yang dialami responden menggunakan form SRQ-20 oleh peneliti yang dilakukan pada hari yang sama pada saat pengukuran tinggi/panjang badan. Cara ini mungkin menyebabkan anda harus menyisihkan waktu, tetapi anda tidak perlu khawatir karena wawancaranya hanya dilakukan satu kali dalam waktu 30 menit..
5. Keuntungan yang anda peroleh dengan keikutsertaan anda dalam penelitian ini adalah dapat mengetahui status TB/U atau PB/U, serta mendapatkan informasi mengenai cara optimalisasi tumbuh kembang batita.
6. Semua data yang dikumpulkan dalam penelitian ini bersifat rahasia, sehingga nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan. Data-data yang diperoleh hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Seandainya

anda tidak mau mengikuti penelitian ini sama sekali, untuk itu anda tidak akan dikenai sanksi apapun.

7. Jika ada pertanyaan lebih lanjut, anda dapat menghubungi peneliti (Hafid Wahyu Mauludin dan Citra Rystia).



Peneliti

Lampiran 3.

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
(INFORMED CONCENT)**

Saya telah mendapat penjelasan dengan baik mengenai tujuan dan manfaat penelitian yang berjudul **“Faktor Risiko Stunting Anak Usia 6-35 Bulan di Kabupaten Jombang”**.

Saya mengerti bahwa saya akan diminta untuk menjawab pertanyaan tentang diri saya dan batita saya, kemudian batita saya diukur berat badan, panjang/tinggi badan yang memerlukan waktu sekitar 15 menit. Saya mengerti bahwa risiko yang akan terjadi dari penelitian ini tidak ada. Apabila ada pertanyaan yang menimbulkan responden emosional, maka penelitian akan dihentikan dan peneliti akan memberi dukungan.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai data penelitian ini akan dirahasiakan, dan kerahasiaan ini akan dijamin. Informasi mengenai identitas saya tidak akan ditulis pada instrumen penelitian dan akan disimpan secara terpisah di tempat terkunci.

Saya mengerti bahwa saya berhak menolak untuk berperan serta dalam penelitian ini atau mengundurkan diri dari penelitian setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya.

Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai penelitian ini atau mengenai peran serta saya dalam penelitian ini, dan telah dijawab serta dijelaskan secara memuaskan. Saya secara sukarela dan sadar bersedia berperan serta dalam penelitian ini dengan menandatangani Surat Persetujuan Menjadi Responden.

Jombang, Januari 2020  
Yang Membuat Pernyataan

Peneliti

(.....)

(.....)

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)



Lampiran 4. Surat Ijin Penelitian



Lampiran 5.

## FORMULIR PENAPISAN (SCREENING FORM)

1	Kabupaten	_____	7	Nama Kepala Keluarga	_____
2	Kecamatan	_____	8	Nama Ibu	_____
3	Desa	_____	9	Nama Anak	_____
4	Dusun	_____	10	Jenis Kelamin	_____
5	Nama Posyandu	_____	11	Tanggal Kunjungan	____/____/____
6	Lama Tinggal Di Desa	_____ (tahun/bulan)			
	Alamat	_____			

Pertanyaan Penapisan					
12	Tanggal Lahir	____/____/____	21	Pengukuran Panjang/Tinggi Badan	_____
13	Usia	_____	22	TB/U Z-skor	_____
14	Kategori Umur	(6-11.9 bulan/ 12-23.9 bulan/ 24-35.9 bulan) _____ _____	23	Kategori <i>Stunting</i>	Normal/ <i>Stunting</i> _____
15	Tempat Anak Dilahirkan	Rumah/Puskesmas/RS _____	24	Apakah Anak Mempunyai Buku KIA	Ya/Tidak _____
16	Usia kehamilan saat melahirkan	_____ bulan	25	Berat badan lahir	_____ gram
18	Tinggi Badan Ibu	_____ cm	26	Panjang badan lahir	_____ cm
19	Berat Badan Ibu Sebelum Hamil	_____ kg	27	Melakukan Penimbangan BB/PB Dalam 3 Bulan Terakhir	Ya/tidak _____
20	Apakah Saat Ini Anak Sudah Mengonsumsi MP-ASI?	Ya/Tidak _____	28	Apakah Pernah Dirawat Di Rumah Sakit Dalam 3 Bulan Terakhir?	_____
Apakah Anak Ibu Pernah Mengalami Penyakit Dibawah Ini Dari <b>Sejak Lahir Sampai Sekarang</b> .			<b>Jika Ya Sebutkan</b>		
a. TBC, ISPA (Batuk, Pilek), Malaria					

### KESIMPULAN: Apakah Memenuhi Kriteria Inklusi?

No	Item	YA (√)
1	Usia 6- 35,9 bulan?	
2	Sudah mengonsumsi MP-ASI	
3	Kategori <i>Stunting</i> (kelompok kasus) dan Normal (kelompok kontrol)	
4	Berat Badan Lahir Anak > 2500 gram dan Panjang Badan > 45 cm	



5	Tinggi Badan Ibu saat hamil > 145 cm	
6	Tinggal di Desa dalam 6 bulan terakhir	
7	Tidak sedang terdiagnosa TBC atau tidak dirawat di RS dalam 3 bulan terakhir	
8	Orang tua atau wali anak setuju sebagai partisipan dalam penelitian ini	



Lampiran 5. KUESIONER

A  B  C  D

Kode: A=Kelompok; B=Kecamatan; C=Desa, D= Nomor ID RT

**KUESIONER FAKTOR RESIKO STUNTING ANAK USIA 6-35 BULAN  
DI KABUPATEN JOMBANG**

<b>A. INFORMASI UMUM</b>		Jam mulai wawancara _____		Selesai wawancara _____	
1	ID dan Nama Enumerator	<input type="text"/>			
2	Tanggal Wawancara	<input type="text"/>			
3	Provinsi dan Kabupaten	JAWA TIMUR		JOMBANG	
4	KECAMATAN	<input type="text"/>	DESA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	DUSUN	<input type="text"/>	POSYANDU	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	ID Rumah Tangga	<input type="text"/>	7. ID dan Nama Responden (Ibu batita)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	ID dan Nama ANAK BATITA	<input type="text"/>			
9	Umur ANAK BATITA	<input type="text"/>	bulan	10. Kategori kelompok	<input type="text"/>
					Kode: 1= usia 6.00-11.99; 2= usia 12.00-23.99 3= usia 24-34.99
11	Nama dan Jenis Kelamin Kepala Keluarga	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
					Kode: 1=laki-laki; 2 perempuan
12	Informed consent sudah dibaca dan ditandatangani?	<input type="text"/>			
					Kode: 0 = Belum; 1 = Ya
13	Bahasa saat wawancara	<input type="text"/>			
14	ALAMAT (Jalan, nomer rumah RW/RT, Desa, Kecamatan, telepon rumah/Hp)	<input type="text"/>			
Editor Lapang	<input type="text"/>	TTD	<input type="text"/>	TGL	<input type="text"/>
Supervisor	<input type="text"/>	TTD	<input type="text"/>	TGL	<input type="text"/>
<b>ANAK</b>					
Berat Badan anak - Kg (00,00) <i>(pengukuran III dilakukan jika beda / &amp; II = 0,1 Kg)</i>	I	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	II	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	III	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Rata2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Panjang Badan/tinggi badan anak - Cm (000,0) <i>(pengukuran III dilakukan jika beda / &amp; II = 0,5 cm)</i>	I	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	II	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	III	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Rata2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	Perkembangan Motorik Kasar (tanyakan pada ibu dan lakukan observasi pada anak) Kode : 0=Tidak, 1=Ya				
		Jawaban Ibu	Observasi oleh Enumerator		
1.	Duduk tanpa bantuan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	Merangkak	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	Berdiri dengan bantuan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	Berjalan dengan bantuan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	Berdiri sendiri	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



A  B  C  D   
 Kode: A=Kelompok; B=Kecamatan; C=Desa; D= Nomor ID RT

**B. Data Demografi dan Sosial Ekonomi**

16	Tanggal lahir anak	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
17	Jenis Kelamin Anak	<input type="text"/>	Kode: Laki-laki=1; Perempuan = 2		18.	Umur ibu kandung anak saat ini	<input type="text"/>	<input type="text"/>	tahun			
19	Hubungan responden dan anak	<input type="text"/>	Kode: 1=ibu, 2= nenek, 3=pengasuh/PRT, 4=lainnya. Sebutkan									
20	Status Pernikahan ibu kandung anak	<input type="text"/>	Kode: 1=Belum menikah, 2= Saat ini menikah; 3= Janda									
21	Umur Ibu dan Bapak (tuliskan dalam tahun)	Ibu	<input type="text"/>	Bapak	<input type="text"/>							
22	Tinggi Badan Ibu dan Bapak (tuliskan dalam cm)	Ibu	<input type="text"/>	Bapak	<input type="text"/>							
23	Jumlah anggota keluarga dalam satu rumah tangga (orang yang makan bersama dalam satu dapur dan telah tinggal bersama $\geq$ 3 bulan)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	orang								
24	Jumlah anak usia 0 – 6 bulan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
	Jumlah anak usia > 6 – 24 bulan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
	Jumlah anak usia > 2 – 5 tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
	Jumlah anak usia > 5 – 12 tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
25	Pendidikan terakhir Ibu dan Bapak	0=tidak pernah sekolah 1=sekolah non formal (pesantren/kejar paket) 2=tidak tamat SD/MI 3=tamat SD/MI 4=tamat SMP/MTS 5=tamat SMA/MAN 6=tamat diploma 1/2/3 7=tamat sarjana 8=tamat S2/S3				Ibu	<input type="text"/>	Bapak	<input type="text"/>			
26	Pekerjaan utama Ibu dan Bapak	01=tidak bekerja/ibu rumah tangga 02=petani 03=buruh harian (buruh tani, buruh bangunan) 04=buruh (buruh pabrik, PRT) 05=pegawai negeri sipil/TNI/Polri 06=penjualan 07=pegawai swasta 08=pedagang/pennjual 09=supir 10=ojek 11=TKI 12=lainnya, _____				Ibu	<input type="text"/>	Bapak	<input type="text"/>			
27	Lama tinggal di desa ini	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TAHUN								
28	Kepemilikan rumah tangga terhadap barang-barang di bawah ini	Kode : 0 = tidak; 1= ya										
	a. Listrik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	f. Sepeda motor	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	b. Radio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g. Sawah/kebun produktif	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	c. Televisi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	h. Hewan ternak (Sapi, kambing, dll)	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	d. Handphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	i. Tabungan/deposit	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	e. Kulkas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	j. Perhiasan/emas	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
29	Pemilikan Rumah	1 = rumah sendiri 2 = rumah sewa 3 = rumah keluarga (tinggal bersama)		<input type="text"/>								

A  B  C  D

Kode: A=Kelompok, B=Kecamatan, C=Desa, D=Nomor ID RT

**F. Penapisan Distres Psikologi (SRQ 20)**

Untuk lebih mengerti kondisi kesehatan Anda, kami akan mengajukan 20 pertanyaan yang berhubungan dengan keluhan atau masalah tertentu yang mungkin dirasakan mengganggu Anda selama 30 hari terakhir. Jika keluhan atau masalah yang ditanyakan sesuai dengan keadaan Anda, maka berilah angka (1), sedangkan jika keluhan atau masalah tersebut tidak dialami atau tidak sesuai dengan keadaan Anda maka berilah angka (0)

No	Pertanyaan	Kategori Kode	Kode
1	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda sering menderita sakit kepala? Do you often have headaches for the last 30 days? Ya atau tidak	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
2	Apakah anda selama 30 hari ini tidak nafsu makan? Is your appetite poor in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
3	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda sulit tidur? Do you sleep badly in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
4	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda mudah takut? Are you easily frightened for the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
5	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda merasa tegang, cemas atau khawatir? Do you feel nervous, tense or worried in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
6	Apakah selama 30 hari terakhir ini tangan anda gemetar? Do your hands shake in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
7	Apakah selama 30 hari terakhir ini pencernaan anda terganggu/buruk? Is your digestion poor in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
8	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda sulit untuk berpikir jernih? Do you have trouble thinking clearly in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
9	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda merasa tidak bahagia? Do you feel unhappy in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
10	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda menangis lebih sering? Do you cry more than usual in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
11	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari? Do you find it difficult to enjoy your daily activities in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
12	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda sulit untuk mengambil keputusan? Do you find it difficult to make decisions?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
13	Apakah selama 30 hari terakhir ini pekerjaan sehari-hari anda terganggu? Is your daily work suffering?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
14	Apakah anda selama 30 hari terakhir ini tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup? Are you unable to play a useful part in life?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
15	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda kehilangan minat pada berbagai hal? Have you lost interest in things in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
16	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda merasa tidak berharga? Do you feel that you are a worthless person in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
17	Apakah selama 30 hari terakhir ini anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup? Has the thought of ending your life been on your mind in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
18	Apakah anda Merasa lelah sepanjang waktu? Do you feel tired all the time in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
19	Apakah selama 30 hari terakhir anda mengalami rasa tidak enak di perut? Do you have uncomfortable feelings in your stomach in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>
20	Apakah selama 30 hari terakhir anda mudah lelah? Are easily tired in the last 30 days?	0 = TIDAK 1 = YA	<input type="checkbox"/>

Lampiran 6. Hasil Uji

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TOTAL CMD * Kelompok	144	100.0%	0	0.0%	144	100.0%

**TOTAL CMD \* Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			kasus	kontrol	
TOTAL CMD	.00	Count	4	9	13
		% within TOTAL CMD	30.8%	69.2%	100.0%
	1.00	Count	5	6	11
		% within TOTAL CMD	45.5%	54.5%	100.0%
	2.00	Count	7	12	19
		% within TOTAL CMD	36.8%	63.2%	100.0%
	3.00	Count	11	10	21
		% within TOTAL CMD	52.4%	47.6%	100.0%
	4.00	Count	11	11	22
		% within TOTAL CMD	50.0%	50.0%	100.0%
	5.00	Count	1	2	3
		% within TOTAL CMD	33.3%	66.7%	100.0%
	6.00	Count	2	2	4
		% within TOTAL CMD	50.0%	50.0%	100.0%
	7.00	Count	7	7	14
		% within TOTAL CMD	50.0%	50.0%	100.0%
	8.00	Count	6	2	8
		% within TOTAL CMD	75.0%	25.0%	100.0%
	9.00	Count	5	2	7
		% within TOTAL CMD	71.4%	28.6%	100.0%
	10.00	Count	5	4	9
		% within TOTAL CMD	55.6%	44.4%	100.0%
	11.00	Count	6	3	9
		% within TOTAL CMD	66.7%	33.3%	100.0%
	12.00	Count	2	0	2
		% within TOTAL CMD	100.0%	0.0%	100.0%
	13.00	Count	1	0	1
		% within TOTAL CMD	100.0%	0.0%	100.0%
	15.00	Count	1	0	1
		% within TOTAL CMD	100.0%	0.0%	100.0%
Total		Count	74	70	144
		% within TOTAL CMD	51.4%	48.6%	100.0%

**Case Processing Summary**

	Kelompok	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
TOTAL CMD	kasus	74	100.0%	0	0.0%	74	100.0%
	kontrol	70	100.0%	0	0.0%	70	100.0%



**Descriptives**

		Kelompok	Statistic	Std. Error	
TOTAL CMD	kasus	Mean	5.7162	.43603	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.8472	
			Upper Bound	6.5852	
		5% Trimmed Mean	5.6246		
		Median	4.0000		
		Variance	14.069		
		Std. Deviation	3.75087		
		Minimum	.00		
		Maximum	15.00		
		Range	15.00		
		Interquartile Range	6.00		
		Skewness	.351	.279	
		Kurtosis	-.929	.552	
	kontrol	Mean	4.0286	.38122	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.2681	
			Upper Bound	4.7891	
		5% Trimmed Mean	3.8730		
		Median	3.0000		
		Variance	10.173		
		Std. Deviation	3.18953		
		Minimum	.00		
		Maximum	11.00		
		Range	11.00		
Interquartile Range	5.00				
Skewness	.724	.287			
Kurtosis	-.453	.566			

**Group Statistics**

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTAL CMD	kasus	74	5.7162	3.75087	.43603
	kontrol	70	4.0286	3.18953	.38122

**Ranks**

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTAL CMD	kasus	74	81.69	6045.00
	kontrol	70	62.79	4395.00
	Total	144		



**Test Statistic**

	TOTAL CMD
Mann-Whitney U	1910.000
Wilcoxon W	4395.000
Z	-2.734
Asymp. Sig. (2-tailed)	.006

a. Grouping Variable: Kelompok

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status CMD * Kelompok	144	100.0%	0	0.0%	144	100.0%

**Status CMD \* Kelompok Crosstabulation**

		Count	Kelompok		Total
			kasus	kontrol	
Status CMD	risiko CMD (skor ≥8)	26	11	37	25.7%
	% of Total	18.1%	7.6%		
	tidak CMD (skor < 8)	48	59	107	74.3%
	% of Total	33.3%	41.0%		
Total	Count	74	70	144	
	% of Total	51.4%	48.6%		100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.106 <sup>a</sup>	1	.008		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6.125	1	.013		
Likelihood Ratio	7.281	1	.007		
Fisher's Exact Test				.013	.006
Linear-by-Linear Association	7.057	1	.008		
N of Valid Cases	144				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.99.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status CMD (risiko CMD (skor ≥8) / tidak CMD (skor < 8))	2.905	1.304	6.474
For cohort Kelompok = kasus	1.566	1.164	2.108
For cohort Kelompok = kontrol	.539	.319	.911
N of Valid Cases	144		



Lampiran 7. Dokumentasi Penelitian



