

KAJIAN STUNTING PADA ANAK BALITA BERDASARKAN POLA ASUH DAN PENDAPATAN KELUARGA DI KOTA BANDA ACEH

STUDY OF STUNTING AMONG CHILDREN UNDER FIVE BY PARENTING AND FAMILY INCOME IN BANDA ACEH

Agus Hendra AL Rahmad dan Ampera Miko

Jurusan Gizi, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Aceh Jurusan Farmasi
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Aceh

ABSTRAK

Prevalensi stunting di provinsi Aceh di tingkat nasional, prevalensi stunting adalah 44,6%, prevalensi Banda Aceh sebesar 38,8%. Sangat penting untuk mengetahui penyebab kejadian tersebut. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui insidensi Stunting pada balita terkait pemberian ASI eksklusif, pemberian MP-ASI, status imunisasi, karakteristik keluarga. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan kasus kontrol, dilakukan di wilayah dan Puskesmas Banda Raya, Batoh dan Meuraxa, jumlah sampel adalah 96. Analisis data meliputi univariat dan bivariat dengan menggunakan uji Chi-kuadrat pada CI 95%, dan multivariat (regresi logistik). Hasil penelitian menunjukkan kejadian stunting pada bayi yang disebabkan oleh rendahnya pendapatan keluarga ($p = 0,026$; $OR = 3,1$), pemberian ASI non-eksklusif ($p = 0,002$; $OR = 4,2$), pemberian MP-ASI yang buruk ($p = 0,007$; $OR = 3,4$), dan imunisasi tidak lengkap ($p = 0,040$; $OR = 3,5$). Hasil analisis multivariat diperoleh bahwa tidak memberikan ASI sangat dominan menyebabkan stunting pada balita di Banda Aceh dengan $OR = 4,9$. Kesimpulannya, stunting pada balita berhubungan dengan pendapatan keluarga yang lebih rendah, tidak memberikan ASI eksklusif, pemberian MP-ASI yang kurang baik dan imunisasi yang tidak lengkap. Tidak memberikan ASI eksklusif menjadi faktor dominan sebagai penyebab risiko anak mengalami stunting.

Kata kunci: Stunting, Parenting, Penghasilan

ABSTRACT

The prevalence of stunting in Aceh province on the national, the prevalence of stunting was 44,6%, Banda Aceh prevalence of 38.8%. They its become important to note the cause of the incident. The purpose study to assess the incidence of Stunting in children under five in terms exclusive breastfeeding, complementary feeding, immunization status, family characteristics. Quantitative research approaches to the design of Case Control Study, carried out in the region and Banda Raya Health Center, Batoh and Meuraxa the number of samples is 96. Data analysis includes univariate and bivariate using the Chi-square test on CI 95%, and multivariate (logistic regression). The result showed the incidence of stunting in infants caused by low family income ($p= 0,026$; $OR= 3,1$), non-exclusive breastfeeding ($p= 0,002$; $OR= 4.2$), giving poor complementary feeding ($p= 0,007$; $OR= 3,4$), and incomplete immunization ($p= 0,040$; $OR= 3,5$). Results of multivariate analysis obtained non-exclusive breastfeeding is very dominant cause stunting of children under five suffered Banda Aceh region with $OR= 4,9$. The conclusion, stunting among children is associated with lower family income, not-exclusively breastfeeding, complementary feeding less favorable and incomplete immunization. While not-exclusive breastfeeding a dominant factor as the cause of the child's risk of experiencing stunting.

Keywords: Stunting, Parenting, Income

PENDAHULUAN

Status gizi didefinisikan sebagai suatu keadaan nyata dari gizi seseorang individu. Seseorang dikatakan memiliki status gizi yang baik jika dia tidak menunjukkan bukti kekurangan gizi, baik bersifat akut maupun kronis. Gizi merupakan salah satu faktor penting yang menentukan tingkat kesehatan dan kesejahteraan manusia. Gizi yang baik jika terdapat keseimbangan dan keserasian antara perkembangan fisik dan perkembangan mental orang tersebut. Terdapat kaitan yang sangat erat antara status gizi dan konsumsi makanan. Tingkat status gizi optimal akan tercapai apabila kebutuhan zat gizi optimal terpenuhi (Amosu et al., 2011).

Tumbuh kembang yang optimal bisa dicapai melalui pendekatan *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, WHO/UNICEF merekomendasikan empat hal penting yang harus dilakukan yaitu : pertama memberikan Air Susu Ibu kepada bayi segera dalam 30 menit setelah bayi lahir, kedua memberikan hanya Air Susu Ibu (ASI) saja atau

pemberian ASI secara Eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, ketiga memberikan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan, dan keempat meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih (Zahraini, 2013). Hal tersebut menekankan, secara sosial budaya MP-ASI hendaknya dibuat dari bahan yang murah dan mudah diperoleh dari daerah setempat (*indigenous food*) (Depkes, 2007a)

UNICEF menunjukkan hampir sepertiga anak-anak di bawah usia lima tahun di negara-negara berkembang memiliki tubuh pendek. Menurut laporan The Lancet's bahwa prevalensi balita *stunting* diseluruh dunia mencapai 28,5% dan pada negara berkembang sebesar 31,2%. Asia mempunyai prevalensi sebesar 30,6% (Unicef, 2007). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan sebanyak 37% balita memiliki tinggi badan di bawah standar alias *stunting* (Depkes, 2007b). Tidak hanya di Indonesia, mengatasi balita pendek menjadi salah satu perhatian dalam tujuh

program *Milenium Development Goals* (MDGs). Pemerintah Indonesia sendiri, pada 2015 menargetkan angka balita pendek turun jadi 18% (Bappenas, 2010).

Tingginya masalah kekurangan gizi terutama yang terjadi didaerah dengan berpenduduk miskin. Berdasarkan Riskesdas tahun 2013 prevalensi *stunting* pada balita di Aceh juga semakin meningkat sebesar 6,5% dari tahun 2010 menjadi sebesar 41,5% (Balitbangkes, 2013). Walaupun secara nasional terjadi penurunan prevalensi masalah gizi, tetapi masih terdapat 18 provinsi di atas prevalensi nasional, dan Provinsi Aceh termasuk 10 besar dengan masalah gizi. Keadaan prevalensi *stunting* yaitu sangat pendek sebesar 24,2% dan pendek sebesar 14,8% (AL Rahmad et al., 2013). Prevalensi *stunting* di Kota Banda sebesar 38,8%. Situasi tersebut sangat penting untuk diperhatikan (Depkes, 2007b). Kota Banda Aceh mengalami masalah yang serius terhadap kesehatan masyarakat, hal ini merupakan akibat dari tingginya masalah anak balita

pendek. Menurut Ramli dalam (Bahmat et al., 2010) bahwasanya prevalensi *stunting* dan *severe stunting* menjadi lebih tinggi pada anak usia 24-59 bulan yaitu 50% dan 24%, apabila dibandingkan anak-anak berusia dibawah 24 bulan.

Stunting merupakan hasil ukur status gizi bayi yang dilihat dari indikator TB/U, yang menggambarkan status gizi bersifat *kronis*, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena higiene dan sanitasi yang kurang baik (Chandran, 2009). Beberapa hasil penelitian menemukan bahwa kemiskinan merupakan penyebab tingginya masalah *stunting* pada balita, seperti penelitian (Kleynhans et al., 2006), menyimpulkan bahwa keluarga yang mempunyai keterbatasan ekonomi akan sangat sulit untuk pemenuhan bahan pangan dalam rumah tangga, hal ini jika berlangsung lama secara terus menerus berdampak terhadap tinggi anak-anak untuk mengalami kependekan. Selin itu, faktor pola

asuh seperti pemberian ASI dan MP-ASI serta pelayanan kesehatan mempunyai andil terhadap tingginya masalah gizi (Diana, 2006). Tingkat menyusui dan praktik pemberian ASI eksklusif secara keseluruhan berkontribusi terhadap status gizi anak, selain itu pengenalan makanan bagi anak diatas usia 6 bulan sangat mendukung terhadap perubahan status gizi (Muchina and Waithaka, 2010).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian merupakan kuantitatif dengan rancangan *Case Control Study* secara *community based* (Creswell, 2010). Penelitian dilakukan selama 2 (dua) bulan terhitung September - Oktober 2010, dengan lokasinya yang mempunyai prevalensi *stunting* terbesar yaitu wilayah kerja Puskesmas Banda Raya, Puskesmas Batoh, Puskesmas Meuraxa. Kriteria sample dengan desain *Case Control*, maka sampel dalam penelitian ini terdiri 1) *Kasus*; bayi berusia 12 – 60 bulan yang mengalami *stunting*, tercatat dibuku register penimbangan, terdapat data pendukung (KMS), dan bayi ibu

bersedia dijadikan sampel dan responden. 2) *Kontrol*, bayi berusia 12 – 60 bulan tidak mengalami *stunting*, tercatat dibuku register penimbangan, terdapat data pendukung (KMS), dan bayi ibu bersedia dijadikan sampel dan responden. Dilakukan *matching* (jenis kelamin dan umur anak balita dengan interval ; 12 – 23 bulan, 24 – 35 bulan, 36 – 47 bulan, 48 – 60 bulan). Besar dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus dua proporsi (Flikkema and Toledo-Pereyra, 2012):

$$n = \frac{\left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta} \sqrt{PQ}}{P - 1/2} \right)^2}{P} \quad P = \frac{R}{(1+R)}$$

Keterangan :

R = Perkiraan Odds Ratio = 2,0

Po = Prevalensi kontrol yang terpapar = 10%

α = 0,05 Q = 0,62

B = 0,10 Z α = 1,96

P = 0,38 Z β = 1,28

Besar sampel berdasarkan rumus diatas diperoleh n = 43,97 dibulatkan menjadi 44 anak balita. Selanjutnya dilakukan estimasi *lost*

to follow sebesar 10%, sehingga jumlah sampel sebanyak 48 anak balita. Maka, jumlah sampel minimal untuk kasus = 48 anak usia 12 – 60 bulan dan kontrol 48 anak usia 12 – 60 bulan yang diambil secara acak. Variabel dalam penelitian ini terdiri dari Independen (Pemberian ASI, MP-ASI, imunisasi dan pendapatan keluarga), sedangkan variabel dependennya yaitu *stunting*. Pengolahan data meliputi tahapan; Editing, Coding, Entry, Cleaning data entry. Analisis data menggunakan bantuan program komputer meliputi mulai univariat, bivariat (Chi-Square CI:95%) dan analisis multivariat (*Regression Binary Logistic Test*).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut adalah distribusi karakteristik responden yang dilihat berdasarkan umur, pendidikan dan pekerjaan ibu pada tiga wilayah puskesmas yaitu Banda Raya, Batoh dan Meuraxa di Kota Banda Aceh.

Secara umum umur responden berkisar antara 30 – 39 tahun dimana proporsi pada wilayah kerja puskesmas Banda Raya sebesar 56,9%, pada puskesmas Batoh sebesar 62,5%, dan puskesmas Meuraxa sebesar 57,9%. Begitu juga dengan jenis pendidikan responden yang pada umumnya adalah berpendidikan Diploma/ Sarjana, dimana proporsi puskesmas Banda Raya sebesar 47,1%, pada puskesmas Batoh sebesar 54,2%, dan pada puskesmas Meuraxa sebesar 52,6%.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden pada Puskesmas Banda Raya (n=34), Puskesmas Batoh (n=24), Puskesmas Meuraxa (n=38)

Karakteristik Responden	Banda Raya		Batoh		Meuraxa	
	f	%	f	%	f	%
Umur						
- 20 – 29 Tahun	9	26,5	6	25,0	11	13,2
- 30 – 39 Tahun	18	56,9	15	62,5	22	57,9
- 40 – 49 Tahun	7	20,6	3	12,5	5	13,2
Pendidikan						
- SD	1	2,9	1	4,2	0	0,0
- SMP	6	17,6	5	20,8	6	15,8
- SMA	8	23,5	4	16,7	8	21,1
- Diploma/Sarjana	16	47,1	13	54,2	20	52,6

- Pascasarjana	3	8,8	1	4,2	4	10,5
Pekerjaan						
- PNS	3	8,8	3	12,5	2	5,3
- Swasta	17	50,0	12	50,0	12	31,6
- Wiraswasta	1	2,9	1	4,2	1	2,6
- IRT	13	38,3	8	33,3	23	60,5

Berdasarkan jenis pekerjaan, responden pada wilayah kerja puskesmas Banda Raya dan Batoh proporsinya lebih banyak pekerjaannya swasta yaitu sebesar 50,0%, dan untuk wilayah kerja puskesmas Meuraxa proporsinya lebih banyak responden sebagai ibu rumah tangga yaitu sebesar 60,5%.

Karakteristik ibu perlu juga diperhatikan karena *stunting* yang sifatnya *kronis*, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, pola asuh yang tidak tepat karena akibat dari orang tua yang sangat sibuk bekerja, pengetahuan ibu yang kurang baik tentang gizi akibat dari rendahnya pendidikan ibu, sering menderita penyakit secara berulang karena higiene dan sanitasi yang kurang baik (Nadiyah *et al.*, 2014).

Karakteristik ibu seperti tingkat pendidikan, status pekerjaan, umur ibu, dan lain-lain sangatlah

perlu untuk dipertimbangkan, misalnya tingkat pendidikan turut menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang diperoleh. Walaupun secara tidak langsung pendidikan formal ibu akan mempengaruhi keadaan gizi anak-anaknya (Chandran, 2009). Karena sebelum itu pendidikan ibu akan menentukan tingkat pengetahuan gizi. Semakin tinggi pendidikan ibu semakin tinggi kemampuan ibu untuk menyerap pengetahuan praktis dan pendidikan non formal terutama melalui televisi, surat kabar, radio, dan lain-lain (Diana, 2006).

Selain itu status pekerjaan ibu tergambar bahwa ibu yang berkerja yaitu perempuan yang berstatus sebagai ibu rumah tangga memiliki peran ganda dalam sebuah keluarga. Peran utamanya jika ketika memiliki aktivitas lain di luar rumah seperti bekerja, menuntut pendidikan ataupun aktivitas lain dalam kegiatan

social akan berdampak terhadap pola asuh anak-anak mereka. Dengan peran ganda ini, seorang wanita dituntut untuk dapat menyeimbangkan perannya sebagai seorang ibu ataupun peran-peran lain yang harus diembannya. Sebagai seorang ibu, ketika memiliki anak yang

masih kecil, dirinya merupakan tempat bergantung bagi anak-anaknya (Kleynhans et al., 2006).

Karakteristik Sampel

Tabel 2. Distribusi Karakteristik Sampel pada Puskesmas Banda Raya (n=34), Puskesmas Batoh (n=24), Puskesmas Meuraxa (n=38)

Karakteristik Responden	Banda Raya		Batoh		Meuraxa	
	f	%	f	%	f	%
Jenis Kelamin						
- Laki-Laki	12	35,3	12	50,0	20	52,6
- Perempuan	22	64,7	12	50,5	18	47,4
Umur						
- 12-23 Bulan	12	35,3	4	16,7	2	5,3
- 24-35 Bulan	6	17,6	8	33,3	16	42,1
- 36-47 Bulan	12	35,3	8	33,3	6	15,8
- 48-60 Bulan	4	11,8	4	16,7	14	36,8

Distribusi karakteristik sampel menurut jenis kelamin pada puskesmas Banda Raya, proporsi yang berjenis kelamin perempuan lebih besar yaitu 64,7%, dan untuk puskesmas Meuraxa proporsi yang berjenis kelamin laki-laki lebih besar yaitu 52,6%. Sedangkan puskesmas Batoh, proporsi sampel yang berjenis kelamin laki-laki sama dengan perempuan dengan masing-masing sebesar 50,0%.

Sementara itu, berdasarkan umur diketahui bahwa proporsi sampel yang berumur antara 12 – 23 bulan dan 36 – 47 bulan di

puskesmas Banda Raya lebih banyak yaitu masing-masing sebesar 35,3%. Begitu juga dengan puskesmas Batoh masing-masing 33,3% sampel yang berumur antara 24 – 35 bulan dan antara 36 – 47 bulan. Sedangkan pada puskesmas Meuraxa proporsi sampel yang berumur antara 24 – 35 bulan lebih banyak yaitu sebesar 42,1%.

Penyebab Kejadian *Stunting* pada Balita

Penyebab kejadian *stunting* pada balita disajikan pada tabel 3. Berikut ini adalah hasil analisis statistik *Chi-Square* pada CI 95% disertai

lanjutannya dengan perhitungan nilai odds ratio untuk mengetahui ada dan tidaknya hubungan pemberian ASI, MP-ASI dan kelengkapan imunisasi sebagai faktor risiko terhadap

kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh.

Tabel 3. Distribusi Proporsi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Variabel Independen, p-value, Odds Rasio dengan 95% CI pada Anak Balita di Kota Banda Aceh (n=96).

Variabel Independen	Kasus		Kontrol		X ² (P Value)	OR (CI 95%)
	f	%	f	%		
Pemberian ASI						
- Tidak Eksklusif	36	75,0	20	41,7	10,97	4,2
- Eksklusif	12	25,0	28	58,3	(0,002)*	(1,8-10,0)
Pemberian MP-ASI						
- Kurang Baik	28	58,3	14	29,2	8,29	3,4
- Baik	20	41,7	34	70,8	(0,007)*	(1,5-7,9)
Kelengkapan Imunisasi						
- Tidak Lengkap	14	29,2	5	10,4	5,32	3,5
- Lengkap	34	70,8	43	81,6	(0,040)*	(1,2-10,8)
Pendapatan Keluarga						
- Rendah	20	41,7	9	18,8	5,98	3,1
- Tinggi	28	58,3	39	81,2	(0,026)*	(1,2-7,8)

1. Kejadian Stunting Berdasarkan Pemberian ASI Eksklusif

Proporsi anak balita yang mengalami *stunting* sebesar 75,0% karena pemberian ASI yang tidak eksklusif, sedangkan proporsi anak balita yang keadaan gizinya normal sebesar 58,3% karena pemberian ASI yang eksklusif. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,002$ ($p < 0,05$) sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, hal ini berarti bahwa kejadian *stunting*

pada anak balita di Kota Banda Aceh tahun 2010 disebabkan oleh pemberian ASI yang tidak eksklusif. Nilai OR 4,2 (CI 95%; 1,8 – 10,0), artinya anak balita yang mengalami *stunting* resikonya 4 kali lebih besar disebabkan oleh anak balita yang tidak mendapat ASI eksklusif dibandingkan dengan yang mendapat ASI eksklusif di Kota Banda Aceh. Hasil penelitian ini didukung penelitian

sebelumnya Muchina and Waithaka (2010), yaitu praktek pemberian ASI dan status gizi anak-anak dengan risiko menjadi kurus dan pendek lebih tinggi di antara anak-anak yang telah dihentikan menyusui dan mereka yang belum pernah disusui secara eksklusif selama enam bulan pertama. Menurut Giashuddin et al. (2003), bahwa ASI tidak eksklusif yang diberikan kepada bayi berusia kurang dibawah 6 bulan secara signifikan berhubungan ($p= 0,001$) terhadap kejadian *stunting* dengan prevalensi sebesar 38,1%.

Dilapangan kebanyakan bayi yang baru lahir tidak langsung diberikan ASI tetapi diberi susu botol dengan alasan ASI belum keluar. Apabila ASI sudah keluar ibu memberikan ASI tapi terlebih dahulu ASI yang keluar pertama sekali dibuang tidak langsung diberikan kepada bayi dengan alasan pengeluaran yang pertama masih kotor. Apabila pengeluaran ASI sedikit ibu langsung menggantikan ASI dengan pemberian susu botol. Pemberian

susu botol yang masuk kedalam tubuh bayi belum tentu dapat dicerna bayi dengan baik, terlebih lagi apabila cara pembuatan susu botol tidak sesuai takaran serta tidak menjaga kebersihan botol susu maka akan menyebabkan timbulnya penyakit diare pada bayi dengan demikian pertumbuhannya akan terganggu (Tan, 2011).

Rendahnya pemberian ASI Eksklusif menjadi salah satu pemicu terjadinya kependekan (*stunting*) pada anak balita di Kota Banda Aceh akibat dari kejadian masa lalu dan akan berdampak terhadap masa depan si anak, sebaliknya pemberian ASI yang baik oleh ibu akan membantu menjaga keseimbangan gizi anak sehingga tercapai pertumbuhan anak yang normal. Menurut (Unicef, 2007), ASI sangat dibutuhkan dalam masa pertumbuhan bayi agar kebutuhan gizinya tercukupi. Oleh karena itu ibu harus dan wajib memberikan ASI secara eksklusif kepada bayi sampai umur bayi 6 bulan dan tetap memberikan ASI sampai

bayi berumur 2 tahun untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi.

2. Kejadian Stunting Berdasarkan Pemberian MP-ASI

Ditinjau dari pemberian MP-ASI, maka terlihat proporsi anak balita yang mengalami *stunting* sebesar 58,3% karena pemberian MP-ASI yang kurang baik, sedangkan proporsi anak balita yang keadaan gizinya normal sebesar 70,8% karena pemberian MP-ASI yang baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,007$ ($p < 0,05$) sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, hal ini berarti bahwa kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh tahun 2010 disebabkan oleh pemberian MP-ASI yang kurang baik. Nilai OR 3,4 (CI 95%; 1,5 – 7,9), artinya anak balita yang mengalami *stunting* resikonya 3 kali lebih besar disebabkan oleh anak balita yang tidak mendapat pemberian MP-ASI kurang baik dibandingkan dengan yang mendapat pemberian MP-ASI baik di Kota Banda Aceh. Penelitian ini mendukung pendapat Depkes yang menyatakan bahwa

gangguan pertumbuhan pada awal masa kehidupan bayi antara lain disebabkan karena kekurangan gizi sejak bayi. Menurut Muchina and Waithaka (2010) yaitu pemberian MP-ASI terlalu dini atau terlalu lambat, MP-ASI tidak cukup gizinya sesuai kebutuhan bayi atau kurang baiknya pola pemberiannya menurut usia, dan perawatan bayi yang kurang memadai.

Dalam pemberian makanan bayi perlu diperhatikan ketepatan waktu pemberian, frekuensi, jenis, jumlah bahan makanan, dan cara pembuatannya. Adanya kebiasaan pemberian makanan bayi yang tidak tepat, antara lain : pemberian makanan yang terlalu dini atau terlambat, makanan yang diberikan tidak cukup dan frekuensi yang kurang (Anhari, 2008). Dilapangan ditemukan bahwa, pada saat bayi yang berusia 0 – 4 bulan sudah mendapat makanan pendamping selain ASI. Ibu memberikan makanan pendamping selain ASI pada usia 0-4 bulan dengan alasan ASI yang keluar sedikit sementara

ibu tidak mampu membeli susu bayi karna faktor ekonomi. Bayi selalu menangis karna ASI yang keluar sedikit lalu ibu memberikan makanan kepada bayi selain ASI seperti bubur saring/ pisang wak. Apabila MP-ASI terlalu dini diberikan sementara didalam usus bayi belum mampu menyerap makanan tersebut seringkali bayi mengalami sembelit atau susah buang air besar sehingga kesehatan bayi terganggu dapat menimbulkan penyakit yang lain dengan demikian pertumbuhannya akan terganggu(Brotherton, 2006).

Tindakan Ibu dalam Pemberian MP-ASI sangat dipengaruhi oleh pendidikan formal Ibu. Berdasarkan data yang diperoleh mayoritas responden berpendidikan Diploma/Sarjana dengan persentase 51,0%. Ini menyimpulkan bahwa pendidikan formal ibu mempengaruhi tingkat pengetahuan gizi dimana makin tinggi tingkat pendidikan ibu maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuan ibu untuk menyerap informasi pengetahuan praktis dalam lingkungannya melalui

media massa yang berhubungan dengan pemberian MP-ASI dan pertumbuhan anak.Selain pengetahuan ibu, hal atau faktor lain yang mempengaruhi pemberian MP-ASI juga dipengaruhi juga faktor pendapatan keluarga (Amosu et al., 2011).Secara umum pendapatan keluarga responden dimana berdasarkan penelitian terdapat 30,2% responden yang pendapatan keluarganya dibawah Rp 1.550.000 sebagai batas Upah Minimum Regional tahun 2013 di Kota Banda Aceh.

3. Kejadian Stunting Berdasarkan Kelengkapan Imunisasi

Hasil penelitian tentang kelengkapan imunisasi dengan *stunting* terlihat bahwa proporsi anak balita yang mengalami *stunting* sebesar 29,2% karena perolehan imunisasi yang tidak lengkap, sedangkan proporsi anak balita yang keadaan gizinya normal sebesar 89,6% karena perolehan imunisasi yang lengkap. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,040$ ($p < 0,05$) sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, hal ini

berarti bahwa kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh tahun 2010 disebabkan oleh pemberian imunisasi yang tidak lengkap. Selanjutnya nilai OR 3,5 (CI 95%; 1,2 – 10,8), artinya anak balita yang mengalami *stunting* resikonya 4 kali lebih besar disebabkan oleh anak balita yang tidak mendapat imunisasi lengkap dibandingkan dengan anak balita yang mendapat imunisasi lengkap di Kota Banda Aceh. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ihsan et al. (2012) bahwa terdapat hubungan asosiasi yang signifikan ($p= 0,010$) antara status imunisasi dengan status gizi anak balita. *Prevalens rate* gizi kurang tertinggi pada anak yang status imunisasinya tidak lengkap yaitu 44,2%. Sedangkan *prevalens rate* gizi baik tertinggi pada anak yang imunisasi lengkap yaitu 79,4%. Rasio prevalens status gizi pada anak balita berdasarkan status imunisasi adalah 2,1 artinya status imunisasi merupakan faktor resiko anak balita gizi kurang.

Menurut Hong(2007), bahwa keadaan gizi kurang dan

infeksi kedua-duanya dapat bermula dari kemiskinan dan lingkungan yang tidak sehat serta sanitasi yang buruk. Faktor lain menurut (Girma and Genebo, 2007), juga diketahui bahwa infeksi yang menghambat reaksi imunologis yang normal dengan menghabiskan energi tubuh. Apabila balita tidak memiliki imunitas terhadap penyakit, maka balita akan lebih cepat kehilangan energi tubuh karena penyakit infeksi, sebagai reaksi pertama akibat adanya infeksi adalah menurunnya nafsu makan anak sehingga anak menolak makanan yang diberikan ibunya. Penolakan terhadap makanan berarti berkurangnya pemasukan zat gizi dalam tubuh anak(Anhari, 2008).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa imunisasi dasar sangat penting bagi imunitas balita, dimana sesuai dengan target nasional bahwa imunisasi dasar lengkap harus mencapai target sampai 100,0%. Karena anak yang tidak diimunisasi secara lengkap akan terdapat gangguan kekebalan tubuh terhadap penyakit

infeksi karena produksi antibodi menurun mengakibatkan mudahnya bibit penyakit masuk, hal dapat mengganggu produksi berbagai jenis enzim untuk pencernaan makanan.

Makanan tidak dapat dicerna dengan baik dan ini berarti penyerapan zat gizi akan mengalami gangguan sehingga dapat memperburuk keadaan gizi. Sebagai reaksi pertama pada tubuh anak adalah berkurangnya nafsu makan sehingga anak menolak makanan yang diberikan ibunya, penolakan terhadap makanan berarti berkurangnya pemasukan zat gizi ke dalam tubuh anak. Dampak akhir dari permasalahan ini adalah gagalnya pertumbuhan optimal yang sesuai dengan laju pertambahan umur, sehingga akan mempertinggi prevalensi *stunting* (Brotherton, 2006)

4. Kejadian *Stunting* Berdasarkan Pendapatan Keluarga

Berdasar variabel pendapatan keluarga, bahwa berdasarkan hasil penelitian dapat dijelaskan bahwa proporsi anak balita yang mengalami *stunting*

sebesar 41,7% karena pendapatan keluarga yang rendah, sedangkan proporsi anak balita yang keadaan gizinya normal sebesar 81,2% yaitu pada keluarga yang berpendapatan tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,026$ ($p < 0,05$) sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, hal ini berarti bahwa kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh tahun 2010 disebabkan oleh pendapatan keluarga yang rendah. Nilai OR 3,1 (CI 95%; 1,2 – 7,8), artinya anak balita yang mengalami *stunting* resikonya 3 kali lebih besar disebabkan oleh pendapatan keluarga yang rendah dibandingkan dengan keluarga yang berpendapatan tinggi di Kota Banda Aceh. Beberapa hasil penelitian yang mendukung seperti penelitian Chandran (2009), bahwa kondisi sosial ekonomi pada masyarakat miskin menyebabkan tingginya masalah gizi yang terjadi, hal ini merupakan akibat dari sulitnya akses pangan dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Pendapat serupa dikemukakan oleh Hong

(2007), bahwa kesenjangan ekonomi keluarga secara signifikan sangat terkait dengan kekurangan gizi kronis pada anak-anak, selain itu juga akses terhadap pelayanan kesehatan sangat sulit. Sebaliknya menurut Anindita (2012), walaupun pendapatan keluarga tidak berhubungan dengan *stunting*, tetapi kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan baik dalam jumlah maupun mutu gizinya sangat berpengaruh bagi status gizi anak. Keluarga dengan penghasilan relatif tetap, prevalensi berat kurang dan prevalensi kependekan lebih rendah dibandingkan dengan keluarga yang berpenghasilan tidak tetap.

Kejadian *stunting* pada anak balita ditinjau dari karakteristik pendapatan keluarga sesuai dengan pernyataan Unicef yang bahwa akar masalah dari dampak pertumbuhan bayi disebabkan salah satunya berasal dari krisis ekonomi. Adanya ketidakmampuan kepala keluarga dalam memenuhi kecukupan gizi

bagi bayi, baik dari segi kualitas maupun kuantitasnya, sehingga berdampak pada pertumbuhan gizi bayi (Chandran, 2009). Selain itu, bahwa keluarga yang berstatus sosial ekonomi yang rendah atau miskin umumnya menghadapi masalah gizi kurang keadaannya serba terbalik dari masalah gizi lebih dan pendapatan keluarga yang baik dapat menunjang tumbuh kembang anak (Brotherton, 2006). Karena orang tua menyediakan semua kebutuhan anak-anaknya.

Peningkatan dan perbaikan gizi memerlukan perbaikan ekonomi, sosial, dan lainnya. Dalam masa sekarang ini, terjadi krisis ekonomi di Indonesia, sangat mempengaruhi daya beli masyarakat. Dimana pendapatan masyarakat tetap, namun harga-harga kebutuhan pokok semakin meningkat survei di negara-negara berpenghasilan rendah memperlihatkan bahwa penyakit dan *kwashiorkor* masih menyerang balita termasuk anak-anak usia pra-sekolah (Kleynhans et al., 2006)

Berdasarkan hasil penelitian dapat, disimpulkan bahwa rendahnya pendapatan sebuah keluarga di Kota Banda Aceh merupakan rintangan yang menyebabkan keluarga tersebut tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan. Sehingga akibat dari tinggi rendahnya pendapatan sangat mempengaruhi daya beli keluarga terhadap bahan pangan yang akhirnya berpengaruh terhadap keadaan gizi baik *stunting* maupun normal terutama anak balita karena pada masa itu diperlukan banyak zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan

anak balita di wilayah Kota Banda Aceh.

5. Faktor Dominan Sebagai Resiko Utama *Stunting*

Model yang dilakukan untuk menduga faktor dominan terhadap suatu resiko adalah menggunakan model prediksi, dimana semua variabel dianggap penting untuk diestimasi koefisien regresi logistic sekaligus. Dalam pemodelan ini, semua kandidat yang memiliki nilai $p\text{-Value} > 0,05$ akan dikeluarkan secara berurutan dimulai dari nilai $p\text{-value}$ terbesar (*backward selection*).

Tabel 4. Uji Regresi Logistik Ganda Untuk Identifikasi Variabel Yang Akan Masuk Dalam Model dengan $p\text{-value} \leq 0,05$

.Variabel independen	B	P	OR	95%CI
Tingkat Pendapatan	0,886	0,090	2,426	0,872-6,750
Pemberian ASI	1,355	0,005	3,878	1,514-9,932
Pemberian MP-ASI	0,991	0,0460	2,694	1,019-7,125
Kelengkapan Imunisasi	0,813	0,210*	2,254	0,633-8,031
<i>Constant</i>	-6,456	0,000		

*= Dikeluarkan bertahap (*backward selection*)

Setelah dikeluarkan variabel dengan nilai $p \geq 0,05$ secara bertahap, maka didapat 2 (dua) variabel yang akan masuk sebagai

kandidat model yaitu variabel pemberian ASI dan pemberian MP-ASI hasilnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5. Hasil Akhir Analisis Regresi Logistik Ganda Pemodelan Faktor Resiko Kejadian *Stunting* Pada Anak Balita

Variabel	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95%CI
Pemberian ASI	1,791	0,669	10,11	1	0,001	4,852	1,77- 11,4
Pemberian MP-ASI	1,287	0,464	7,69	1	0,006	3,622	1,46-8,99
Constant	-4,118	1,077	14,62	1	0,000	0,016	

Hasil akhir analisis regresi logistik ganda terhadap pemodelan faktor resiko kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda

Aceh sebagaimana tersaji diatas, maka diperoleh model regresi dalam bentuk persamaan sebagai berikut :

$$Y = -4,118 + 1,791 \text{ Pemberian ASI} + 1,287 \text{ Pemberian MP-ASI}$$

Dalam model diatas didapatkan suatu turunan perhitungan matematik tentang probabilitas

anak balita untuk mengalami kejadian *stunting* di Kota Banda Banda Aceh adalah :

$$Y = \frac{1}{1 + e^{(-4,118 + 1,791 \text{ Pemberian ASI} + 1,287 \text{ Pemberian MP-ASI})}}$$

Secara keseluruhan model ini dapat memprediksikan tinggi atau rendahnya pengaruh faktor risiko dalam hubungannya dengan kejadian *stunting* anak balita yaitu sebesar 66,7% (Overall Percentage 66,7%). Dengan persamaan tersebut diatas, penyebab faktor resiko *stunting* dapat diperkirakan jika kita mengetahui nilai pemberian ASI dan pemberian MP-ASI. Uji statistik untuk koefisien regresi di ketahui nilai p adalah sebesar 0,001 untuk

variabel pemberian ASI dan 0,006 untuk variabel pemberian MP-ASI. Jadi pada alpha 5% ada hubungan linier antara pemberian ASI yang tidak eksklusif dan pemberian MP-ASI yang kurang baik dengan kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh tahun 2010.

Selanjutnya dengan nilai *Odds Ratio* (nilai Exp/B) kita bisa mengetahui seberapa besar faktor resiko akan menyebabkan kejadian *stunting* pada anak balita, dalam hasil penelitian ini untuk variabel

pemberian ASI diperoleh nilai OR = 4,852 (95% CI; 1,772 – 11,136) yang berarti bahwa anak balita di wilayah Kota Banda Aceh yang mengalami *stunting* resikonya 5 kali lebih besar terhadap anak balita yang tidak mendapat ASI eksklusif dibandingkan dengan anak balita yang mendapat ASI eksklusif setelah variabel pemberian MP-ASI dikontrol. Sedangkan untuk variabel pemberian MP-ASI diperoleh nilai OR = 3,622 (95% CI; 1,459 – 8,992) yang berarti merupakan variabel predictor yang paling dominan. Besar nilai OR variabel ini paling tinggi diantara variable lainnya. Makin besar nilai OR sebuah variabel, maka makin besar pula kemungkinan faktor resiko tersebut menyebabkan anak balita di Kota Banda Aceh mengalami *stunting*. Besarnya nilai OR ini sudah dikontrol oleh variabel lainnya yaitu variabel pemberian MP-ASI.

SIMPULAN DAN SARAN

bahwa anak balita di wilayah Kota Banda Aceh yang mengalami *stunting* resikonya 4 kali lebih besar pada anak balita yang kurang baik dalam pemberian MP-ASI dibandingkan dengan anak balita yang baik dalam pemberian MP-ASI setelah variabel pemberian ASI dikontrol.

Bila dilihat faktor resiko mana yang paling dominan sebagai penyebab kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh didapat bahwa pemberian ASI

Kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh disebabkan oleh pemberian ASI yang tidak eksklusif sebesar 4 kali ($p= 0,002$, dengan OR= 4,2), pemberian MP-ASI yang kurang baik sebesar 3 kali ($p= 0,007$, dengan OR= 3,4), perolehan imunisasi tidak lengkap sebesar 4 kali ($p= 0,040$, dengan OR= 3,5), dan rendahnya pendapatan keluarga sebesar 3 kali ($p= 0,026$, dengan OR= 3,1). Faktor dominan penyebab kejadian *stunting* pada anak balita di Kota Banda Aceh adalah pemberian ASI yang tidak eksklusif ($p= 0,001$ dan OR= 4,9) dengan

peluangnya sebesar 4,9 kali dibandingkan anak yang mendapat ASI eksklusif. Variabel ini telah dikontrol dengan pemberian MP-ASI yang kurang baik ($p=0,006$ dan $OR=3,6$) dengan peluangnya sebesar 3,6 kali dibandingkan anak yang baik dalam pemberian MP-ASI.

Perlu perhatian kerja sama dari semua pihak baik pemerintah dengan kegiatan lintas sektoral maupun lintas program dan masyarakat dengan

meningkatkan kepekaan sosialnya agar benar dapat melakukan penanganan masalah gizi dengan memperhatikan peningkatan pendidikan masyarakat, membuka lapangan kerja, peningkatan keadaan sosial ekonomi masyarakat kearah yang lebih baik sehingga permasalahan gizi khususnya masalah *stunting* pada anak balita dapat segera ditanggulangi.

DAFTAR PUSTAKA

- AL Rahmad, A.H., Sudargo, T., Lazuardi, L., 2013. The Effectiveness Of WHO Anthro Growth Standard Training On The Data Quality Of Underfive Children's Nutritional Status. *J. Inf. Syst. Public Heal.* Vol: 1, 21–26.
- Amosu, A.M., Degun, A.M., Atulomah, N.O.S., Olanrewju, M.F., 2011. A Study of the Nutritional Status of Under-5 Children of Low-Income Earners in a South-Western Nigerian Community. *Curr. Res. J. Biol. Sci.* 3, 578–585.
- Anhari, E., 2008. Pemberian Makanan Untuk Bayi Dasar Dasar Fisiologi, Cetakan 1. ed. Binarupa Aksara, Jakarta.
- Anindita, P., 2012. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, Kecukupan Protein & Zinc Dengan Stunting (Pendek) Pada Balita Usia 6 – 35 Bulan Di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. *J. Kesehat. Masy.* 1, 617–626.
- Bahmat, D.O., Bahar, H., Jus'at, I., 2010. Hubungan Asupan Seng, Vitamin A, Zat Besi dan Kejadian pada Balita (24 - 59 bulan) dan Kejadian Stunting di Kepulauan Nusa Tenggara (Risksdas 2010). Esa Unggul University.
- Balitbangkes, 2013. Riset Kesehatan Dasar 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan., Jakarta.
- Bappenas, 2010. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia 2010. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), Jakarta.
- Brotherton, A.M., 2006. Principles of Nutritional Assessment. *J. Hum. Nutr. Diet.* 19, 72–73.
- Chandran, V., 2009. Nutritional Status of Preschool Children: a Socio-economic Study of Rural Areas of Kasaragod District in Kerala. *J. Shodhganga* X, 163.

- Creswell, J.W., 2010. *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*, Ketiga. ed. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Depkes, 2007a. *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Depkes, 2007b. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Diana, F.M., 2006. Hubungan Pola Asuh Dengan Status Gizi Anak Batita Di Kecamatan Kuranji Kelurahan Pasar Ambacang Kota Padang Tahun 2004. *J. Kesehat. Masy. I*, 19–23.
- Flikkema, R.M., Toledo-Pereyra, L.H., 2012. Sample Size Determination in Medical and Surgical Research. *J. Invest. Surg.* 25, 3–7.
- Giashuddin, M.S., Kabir, M., Rahman, A., Hannan, M.A., 2009. Exclusive Breastfeeding and Nutritional Status in Bangladesh. *Indian J. Pediatr.* 70, 471–475.
- Girma, W., Genebo, T., 2007. Determinants of Nutritional Status of Women and Children in Ethiopia. ORC Macro, Calverton, Maryland, USA.
- Hong, R., 2007. Effect of economic inequality on chronic childhood undernutrition in Ghana. *Public Health Nutr.* 10, 371–378.
- Ihsan, M., Hiswani, Jemadi, 2012. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Anak Balita Di Desa Teluk Rumbia Kecamatan Singkil Kabupaten Aceh Singkil. *J. Epidemiol. Universitas Sumatera Utara*.
- Kleynhans, I.C., Macintyre, U.E., Albertse, E.C., 2006. Stunting Among Young Black Children and the Socio-Economic and Health Status of Their Mothers / Caregivers in Poor Areas of Rural Limpopo and urban Gauteng – the NutriGro Study. *South African J. Clin. Nutr.* 19, 163–164.
- Muchina, E., Waithaka, P., 2010. Relationship Between Breastfeeding Practices And Nutritional Status Of Children Aged 0-24 Months In Nairobi, Kenya. *African J. Food Agric. Nutr. Dev.* 10, 2358–2378.
- Nadiyah, Briawan, D., Martianto, D., 2014. Faktor Risiko Stunting Pada Anak Usia 0 — 23 Bulan Di Provinsi Bali, Jawa Barat, Dan Nusa Tenggara Timur. *J. Gizi dan Pangan* 9, 125–132.
- Tan, K.L., 2011. Factors Associated with Exclusive Breastfeeding Among Infants Under Six Months of Age in Peninsular Malaysia. *Int. Breastfeed. J.* 6, 2.
- Unicef, 2007. *Progress for children: a world fit for children statistical review*, No. 6. ed. Unicef.
- Zahraini, Y., 2013. 1000 Hari Pertama Kehidupan: Mengubah Hidup , Mengubah Masa Depan [WWW Document]. Subdit Bina Gizi Makro. URL <http://gizi.depkes.go.id/1000-hari-mengubah-hidup-mengubah-masa-depan> (accessed 2.23.16).