



**ANALISIS FAKTOR RISIKO *STUNTING*
BALITA USIA 1-2 TAHUN DI PEMUKIMAN KUMUH BERAT
(STUDI KASUS DI KOTA BANDAR LAMPUNG)**

Afiska Prima Dewi¹, Sugeng Eko Irianto², Ferizal Masra³

¹ Program Studi Gizi, Fakultas Kesehatan

^{2,3} Magister Kesehatan Masyarakat STIKES Mitra Lampung
Universitas Aisyah Pringsewu

E-mail: afiska.pd@gmail.com

ABSTRAK

Stunting didefinisikan sebagai kondisi dimana pertumbuhan anak terganggu sehingga anak menjadi lebih pendek dibandingkan tinggi badan normal anak pada usianya yang dilihat dari nilai *z - score* hasil pengukuran TB/U kurang dari -2 SD. Apabila tidak diatasi, *stunting* dapat memberikan efek buruk pada anak seperti menurunnya kemampuan kognitif, motorik, dan bicara anak. Pada jangka panjang, *stunting* dapat meningkatkan risiko obesitas dan penyakit degeneratif, menurunkan kesehatan reproduksi, menurunkan kapasitas belajar, serta menurunkan kapasitas dan produktivitas kerja.

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif. Objek penelitian adalah balita *stunting* usia 1–2 tahun yang bertempat tinggal di pemukiman kumuh Kota Bandar Lampung. Subjek penelitian adalah ibu balita sebagai informan utama dan anggota keluarga lain selain ibu sebagai informan triangulasi. Penelitian ini berlangsung dari Januari hingga Juli 2018 dan berlokasi di 5 kelurahan yang merupakan pemukiman kumuh berat di Kota Bandar Lampung.

Pada penelitian ini, faktor risiko yang dinilai mempengaruhi *stunting* balita usia 1–2 tahun yaitu status gizi ibu saat hamil, sanitasi lingkungan rumah, kualitas asupan makanan, sanitasi makanan, IMD, ASI eksklusif, dan infeksi. Status gizi ibu saat hamil secara keseluruhan baik, namun sebagian ada yang menunjukkan status gizi kurang dilihat dari rendahnya kadar Hb dan anemia. Sanitasi lingkungan rumah pada mayoritas keluarga cukup baik kecuali pada keluarga balita berinisial NO yang dinilai sanitasi lingkungan rumahnya buruk. Kualitas asupan makanan mayoritas rendah dilihat dari asupan Fe balita yang rendah, namun jika dilihat dari asupan Zink dan vitamin A, sebagian balita ada yang asupannya cukup baik. Sanitasi makanan mayoritas keluarga cukup baik kecuali keluarga balita berinisial NO yang dinilai sanitasi makanannya buruk. Sebagian besar balita mengalami proses IMD, namun sebagian lagi ada yang tidak mengalami IMD. Keseluruhan balita tidak mendapatkan ASI eksklusif dari ibunya. Keseluruhan balita pernah mengalami sakit ringan, namun sebagian ada yang penyakitnya dinilai cukup berat dan mempengaruhi status gizi.

Kata kunci : *stunting*, faktor risiko, balita usia 1–2 tahun

¹Penulis, ²Pembimbing

I. LATAR BELAKANG

Stunting adalah kondisi dimana pertumbuhan anak terganggu sehingga anak menjadi lebih pendek dibanding tinggi badan normal anak usianya yang diperoleh dari pengukuran tinggi badan menurut umur (TB/U) anak dimana nilai *z-score* dari hasil pengukuran TB/U kurang dari -2 SD (WHO, 2012). *Stunting* terjadi akibat kekurangan gizi dalam jangka waktu yang lama. Karena itu, *stunting* sering dijadikan indikator terjadinya masalah gizi kronik pada anak [1]

Menurut WHO, 4 faktor utama penyebab *stunting* yaitu rumah tangga dan keluarga, konsumsi makanan, ASI, serta infeksi [2]

Masalah *stunting* apabila tidak diatasi dapat memberikan efek buruk pada anak. Pada jangka pendek, *stunting* dapat meningkatkan angka kematian dan kesakitan serta menurunnya kemampuan kognitif, motorik, dan bicara anak. Pada jangka panjang, *stunting* menyebabkan perawakan tubuh dewasa menjadi kerdil, meningkatkan risiko obesitas dan penyakit degeneratif, menurunnya kesehatan reproduksi, menurunnya kapasitas belajar di sekolah, serta menurunnya kapasitas dan produktivitas kerja [2]

Prevalensi balita *stunting* di Kota Bandar Lampung relatif cukup tinggi. Berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG) 2016, prevalensi balita *stunting* di Kota Bandar Lampung usia 0-23 bulan sebesar 21,2% dan usia 0-59 bulan sebesar 22,2%. Di tingkat kota/kabupaten di Provinsi Lampung, prevalensi balita *stunting* di Kota Bandar Lampung usia 0-23 bulan tertinggi nomor 4 se-Provinsi Lampung. Selain itu, prevalensi *stunting* di Kota Bandar Lampung juga melebihi standar maksimal WHO untuk prevalensi *stunting* yaitu 20% [3]

Menurut WHO, terdapat enam faktor komunitas dan sosial yang menjadi kondisi awal terjadinya *stunting*. Tempat tinggal yang kumuh dapat masuk ke dalam faktor tersebut. Hal ini dikarenakan pemukiman yang kumuh memiliki sanitasi, air, dan lingkungan yang buruk. Selain itu, masyarakat yang tinggal di daerah pemukiman kumuh cenderung memiliki

tingkat ekonomi dan pendidikan yang rendah.

Kota Bandar Lampung memiliki beberapa daerah pemukiman kumuh. Berdasarkan Surat Keputusan (SK) Wali Kota No. 406/III.24/HK/2016 dan menjadi data dalam Permen PU No 2 tahun 2016, wilayah kumuh di Kota Bandar Lampung terdapat di 18 kecamatan dan 67 kelurahan, dibagi menjadi tiga zona yaitu kumuh berat, kumuh sedang, dan kumuh ringan [4]

Kota Bandar Lampung dipilih sebagai tempat penelitian karena selain prevalensi balita *stunting* tinggi, juga dikarenakan banyaknya pemukiman kumuh terutama pemukiman kumuh berat di mana pada pemukiman kumuh berat tersebut terdapat kasus *stunting* yang layak untuk diteliti, apalagi Kota Bandar Lampung merupakan ibukota Provinsi Lampung.

Periode paling kritis dalam penanggulangan *stunting* dimulai sejak janin dalam kandungan sampai anak berusia 2 tahun yang disebut dengan periode emas (1000 hari pertama kehidupan). Karena itu, objek penelitian ini difokuskan pada balita *stunting* usia 1 – 2 tahun. Hal ini dikarenakan pada usia tersebut perbaikan kondisi *stunting* dapat lebih cepat dibandingkan usia di atasnya. Selain itu, balia usia 1 – 2 tahun masih mengonsumsi ASI yang merupakan salah satu komponen yang mempengaruhi kejadian *stunting*.

II. METODE PENELITIAN

Desain pada penelitian ini adalah kualitatif. Waktu penelitian yaitu Januari hingga Juli 2018. Lokasi penelitian yaitu 5 dari 11 kelurahan yang masuk dalam pemukiman kumuh berat Kota Bandar Lampung. Objek penelitian ini adalah balita *stunting* yang berusia 1 – 2 tahun dan tinggal di pemukiman kumuh berat Kota Bandar Lampung.

Penentuan balita mana yang akan menjadi objek penelitian diawali dengan mendatangi tiap puskesmas dari 11 kelurahan yang termasuk pemukiman kumuh berat. Peneliti kemudian meneliti data balita yang grafik pertumbuhannya berada di bawah garis merah (BGM) di puskesmas – puskesmas tersebut. Objek penelitian diambil dari data BGM

dikarenakan pada tiap puskesmas yang dikunjungi tidak ada laporan rinci mengenai balita *stunting* dalam satu kecamatan. Menurut keterangan staf puskesmas, hal tersebut terjadi karena mayoritas posyandu hanya memiliki timbangan berat badan sebagai alat ukur dan sedikit yang memiliki alat ukur tinggi badan sehingga hanya berat badan saja yang terpantau saat kegiatan posyandu. Jika ditemukan balita BGM, balita tersebut kemudian dirujuk ke puskesmas untuk diukur keseluruhan termasuk tinggi badan. Data balita BGM yang telah terukur berat badan dan tinggi badannya inilah yang kemudian dijadikan peneliti sebagai sumber data untuk menentukan balita mana yang akan dijadikan objek penelitian. Tinggi badan dan usia balita BGM yang peneliti peroleh dari data balita BGM di tiap puskesmas ini kemudian peneliti analisis menggunakan aplikasi *AnthroCal* dan menghasilkan data balita *stunting*. Data balita *stunting* hasil analisis tersebut kemudian disaring lagi sesuai rentang usia yang dibutuhkan yaitu usia 1 – 2 tahun. Dari hasil penyaringan diperoleh 7 balita *stunting* usia 1 – 2 tahun yang kemudian dijadikan objek penelitian.

Subjek penelitian ini menjadi informan yang memberikan informasi yang diperlukan saat proses penelitian. Informan penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu informan utama dan informan triangulasi (sebagai triangulasi sumber). Informan utama penelitian ini yaitu ibu balita, sedangkan informan triangulasi adalah ayah /anggota keluarga yang tinggal bersama.

Penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder sebagai sumber data penelitian. Data primer diperoleh dengan

cara wawancara mendalam pada informan serta pengamatan langsung. Sedangkan data sekunder diperoleh dari puskesmas berupa data balita BGM yang digunakan untuk menentukan balita yang akan dijadikan objek penelitian.

Validitas dilakukan melalui pendekatan triangulasi. Triangulasi yang digunakan pada penelitian ini yaitu triangulasi sumber, waktu, dan metode. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara mendalam informan utama dengan informan triangulasi. Triangulasi waktu dilakukan dengan wawancara atau pengamatan pada waktu dan situasi yang berbeda. Sedangkan triangulasi metode dilakukan dengan cara tidak hanya melakukan wawancara mendalam, tetapi juga melakukan pengamatan langsung untuk menguatkan temuan – temuan.

Reliabilitas dalam penelitian ini dapat dicapai dengan meneliti ke dalam informasi yang diungkapkan oleh informan dengan memberi umpan balik.

III. HASIL PENELITIAN

Hasil Antropometri Balita

Pada penelitian ini, dari 7 balita yang diteliti, 5 balita berjenis kelamin laki-laki dan 2 balita berjenis kelamin perempuan. Usia balita dalam penelitian ini yaitu 3 balita berusia 18 bulan, 1 balita berusia 20 bulan, dan 3 balita berusia 24 bulan. Hasil analisis antropometri, terdapat 5 balita yang mengalami *stunting* dan 2 balita *severe stunting* (sangat pendek). Selain *stunting*, balita juga mengalami masalah gizi lainnya seperti gizi kurang, gizi buruk, kurus, sangat kurus.

Tabel 1. Status Gizi Balita Hasil Pengukuran Antropometri

Inisial Balita	BB/U		TB/U		BB/TB	
	Zscore	Kondisi	Zscore	Kondisi	Zscore	Kondisi
LDW	-3,80	Gizi buruk	-3,82	<i>Severe stunting</i>	-2,80	Kurus
ZDN	-3,43	Gizi buruk	-2,72	<i>Stunting</i>	-3,07	Sangat kurus
HAB	-3,54	Gizi buruk	-2,42	<i>Stunting</i>	-3,34	Sangat kurus
ADP	-3,64	Gizi buruk	-3,36	<i>Stunting</i>	-2,93	Kurus
MFT	-2,21	Gizi kurang	-2,90	<i>Stunting</i>	-1,03	Normal
CR	-2,82	Gizi kurang	-3,34	<i>Severe stunting</i>	-1,38	Normal
NO	-0,67	Normal	-3,30	<i>Stunting</i>	1,31	Normal

Tidak hanya masalah gizi umum yang telah disebutkan, bahkan ada balita yang

menunjukkan gejala masalah gizi kronik seperti yang dialami oleh balita ADP

dimana balita tersebut terlihat kurus dan edema (muka sembab, punggung kaki, perut yang membuncit), sering mengalami diare, serta warna rambut kemerahan dan mudah dicabut yang menyerupai ciri kwashiorkor. Kwashiorkor sendiri adalah salah satu bentuk malnutrisi protein berat yang disebabkan oleh inadekuat asupan protein yang berlangsung kronis dengan intake karbohidrat normal atau tinggi. Balita kwashiorkor cenderung mudah terkena infeksi karena sistem imun melemah.

Karakteristik Subjek Penelitian

Pada penelitian ini, dari 7 balita yang diteliti, usia ayah seluruhnya lebih dari 30 tahun, sedangkan usia ibu, 4 diantaranya berusia ≥ 30 tahun dan 3 lainnya berusia 20 - 29 tahun. Usia orang tua balita ini dinilai masih tergolong ke dalam usia produktif. Dilihat dari tingkat pendidikannya, 5 balita memiliki ayah dengan tingkat pendidikan rendah (tamatan SD-SMP) dan 2 balita memiliki ayah dengan tingkat pendidikan menengah (tamatan SMA/SMK), sedangkan tingkat pendidikan ibu, 4 ibu memiliki tingkat pendidikan rendah (tamatan SD-SMP) dan 3 ibu memiliki tingkat pendidikan menengah (tamatan SMA/SMK). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan orang tua mayoritas rendah. Pekerjaan yang dimiliki orang tua balita yaitu, pada ayah, 4 ayah balita memiliki pekerjaan sebagai buruh lepas, 1 sebagai buruh pabrik, dan 2 sebagai supir, sedangkan pada ibu, 6 ibu balita menjadi ibu rumah tangga dan 1 ibu balita bekerja sebagai juru masak. Melihat dari pekerjaan yang dimiliki oleh ayah dan ibu balita ini, terlihat bahwa tingkat ekonomi yang dimiliki oleh orang tua balita cenderung rendah.

Komponen Faktor Penyebab Stunting

A. Rumah Tangga dan Keluarga

1. Status Gizi Ibu Saat Hamil

Dari 7 ibu balita, 3 ibu hamil saat usia 20 – 29 tahun dan 4 ibu hamil saat usia ≥ 30 tahun. Hal ini menunjukkan sebagian ibu hamil saat usia produktif, sebagian lagi hamil pada usia yang cukup rawan untuk hamil / melahirkan. Mayoritas keluarga balita mengaku

bahwa saat hamil ibu dalam kondisi fisik dan berat badan yang baik-baik saja. Setelah digali lebih dalam, ada ibu balita yang sering mengalami pendarahan saat hamil dan ada 2 ibu balita yang memiliki kadar Hb yang rendah saat hamil dahulu. Sebagian ibu mengalami susah makan bahkan ada yang tidak mau makan nasi sama sekali hanya bisa masuk buah-buahan saja, namun sebagian lagi tidak mengalami masalah dalam nafsu makan bahkan cenderung banyak mengonsumsi makanan.

2. Sanitasi Lingkungan

Mayoritas keluarga balita menggunakan air galon isi ulang untuk minum (5 keluarga), sisanya menggunakan air dari sumur terbuka (2 keluarga). Sedangkan untuk masak, keluarga menggunakan air sumur terbuka (3 keluarga), air dari sumur tertutup (1 keluarga), dan air PAM (3 keluarga).

Pada keluarga balita yang menggunakan air PAM dan sumur terbuka untuk minum dan memasak, mayoritas kondisi air yang digunakan bersih, tidak tercemar, diambil dan disimpan di tempat yang bersih, serta jarak sumber air dengan sumber pengotoran lebih dari 10 meter. Namun pada keluarga balita berinisial NO, sumur berada sangat dekat dengan jamban (satu ruangan dengan ruang jamban), sumur bahkan tidak dibatasi penyekat sehingga air bekas limbah mandi / cuci dapat mengalir masuk ke dalam sumur. Hal ini ditambah ruangan tempat sumur dan MCK berada tidak beratap sehingga memungkinkan ketika hujan turun kotoran mengalir masuk ke dalam sumur.

Keluarga balita yang menggunakan sumur terbuka atau air PAM untuk minum mengolah air dengan cara direbus terlebih dahulu, sedangkan keluarga balita yang menggunakan air galon isi ulang sebagai sumber air minum langsung

meminum air dari galon tanpa direbus terlebih dahulu.

Keseluruhan keluarga balita memiliki jamban pribadi yang berada di dalam rumah. Jamban yang dimiliki berbentuk leher angsa dan berada di area belakang rumah bersebelahan dengan lokasi dapur. Jamban yang dimiliki keluarga balita semuanya cenderung tidak menimbulkan bau serta mudah digunakan dan dipelihara. Hal ini dikarenakan jenis jamban yang digunakan berbentuk leher angsa. Jamban jenis ini memerlukan air untuk menggelontorkan kotoran dimana air tersebut dapat berfungsi untuk menghindarkan bau dan mencegah masuknya lalat dan kecoa.

Pada jamban keluarga balita, ada beberapa jamban yang tidak tertutup dinding kedap air bahkan cenderung terbuka karena terbuat dari kayu yang tidak tertutup rapat atau seng dan triplek sehingga memungkinkan serangga seperti lalat, kecoa, dan binatang lain untuk masuk. Selain itu juga ada jamban yang tidak memiliki pintu dan hanya ditutupi oleh tirai kain serta ada jamban yang tidak memiliki atap. Tidak hanya mengundang serangga, jamban yang tidak memiliki dinding yang baik juga cenderung mencemari tanah di sekitar jamban.

Selain kondisi ruangan jamban, saluran pembuangan air limbah dari jamban juga perlu diperhatikan. Pada keluarga balita yang diteliti, ada beberapa keluarga yang tidak memiliki septic tank dan mengalirkan langsung limbah jamban ke selokan sehingga cenderung mencemari air sekitar. Tidak hanya lingkungan sekitar, pada keluarga balita NO, jarak antara jamban dengan sumber air (sumur) sangat dekat dan tidak bersekat sehingga memungkinkan air dari jamban mengotori sumur.

Salah satu syarat rumah sehat yaitu memiliki lantai rumah yang

tidak berdebu saat musim kemarau dan tidak basah saat musim hujan. Dari segi kesehatan, lantai jenis ubin / semen merupakan lantai yang baik karena mudah dibersihkan. Pada penelitian ini, 4 balita memiliki lantai rumah berbentuk semen plester dan 3 balita berbentuk keramik / ubin. Hal ini menunjukkan bahwa keseluruhan balita memiliki jenis lantai yang baik dan mudah dibersihkan. Pada penelitian ini, keluarga balita mengaku mereka secara rutin membersihkan lantai rumah mereka dengan cara disapu dan dipel secara berkala. Dari hasil pengamatan, peneliti pun menilai mayoritas rumah balita memiliki lantai yang bersih dari debu dan kotoran.

Sanitasi lingkungan rumah mayoritas keluarga sudah cukup baik kecuali pada keluarga balita berinisial NO yang dinilai sanitasi lingkungan rumahnya sangat buruk.

B. Konsumsi Makanan

1. Kualitas Asupan Makanan

Pada penelitian ini, peneliti mengajukan pertanyaan dan umpan balik untuk mengetahui pengetahuan dan pemahaman informan terhadap zat besi (Fe), zink (Zn), dan vitamin A. Dan dari hasil wawancara, dari 7 keluarga balita yang diteliti, tidak ada keluarga yang paham mengenai zat besi (Fe), zink (Zn), dan vitamin A.

Makanan yang sering dikonsumsi balita yaitu cemilan atau jajanan seperti wafer, chiki, nugget sosis, dan bakso. Namun ada juga balita yang tidak terbiasa makan jajanan dan hanya makan yang disediakan oleh ibunya.

Mayoritas balita makan 3 kali sehari yaitu pagi, siang, dan sore /malam. Namun ada juga balita yang sulit makan dan hanya mau makan sesuai keinginan balita.

Mayoritas keluarga tidak mengatur secara khusus apa yang dikonsumsi balita. Biasanya mereka member makan balita sesuai dengan apa yang dimasak ibu hari itu.

Sebagian kecil keluarga tidak memaksakan balita jika balita tidak ingin makan.

Mayoritas balita makan makanan hewani cukup sering seperti telur dan ikan. Namun ada juga balita yang jarang dan tidak suka mengonsumsi makanan hewani.

Mayoritas balita suka mengonsumsi sayuran terutama sayur yang berkuah dimana sayuran tersebut dicampur nasi sehingga makanannya berkuah.

2. *Sanitasi Makanan*

Mayoritas keluarga balita membersihkan dapur dengan cara dibersihkan, disapu, dan dilap terutama bagian kompor. Pada proses pengelolaan sampah hasil kegiatan dapur, mayoritas keluarga balita memiliki tempat sampah terbuka yang diberi kantong plastik di dalam dapur. Namun untuk tempat sampah tertutup di luar dapur, keluarga balita keseluruhannya tidak mempunyai tempat sampah tertutup. Sebagian keluarga memilih membakar sampah di belakang atau samping rumah, sebagian lagi hanya menaruh di tumpukan sampah dekat rumah untuk diangkut oleh tukang sampah, dan ada keluarga balita yang membuang sampahnya ke pasar dekat dengan rumahnya.

Mayoritas dapur yang dimiliki keluarga balita tidak dalam kondisi bersih. Hal ini terlihat dari banyaknya kotoran di dapur, kondisi dapur yang berantakan, dan mudahnya akses serangga dan binatang pengerat seperti tikus masuk ke dalam dapur. Pada air yang digunakan untuk memasak, minum, dan mencuci piring, mayoritas keluarga memiliki sumber air dalam jumlah yang mencukupi dan memenuhi standar. Namun pada keluarga balita NO, standar bersih pada sumber air tidak dapat dipenuhi. Hal ini karena jarak sumber air (sumur) dengan jamban

sangatlah dekat dan tidak bersekat sehingga sumur tercemar kotoran.

C. *Komponen ASI (Air Susu Ibu)*

1. *IMD (Inisiasi Menyusu Dini)*

Dari 7 keluarga balita yang diteliti, tidak ada keluarga yang paham mengenai IMD (Inisiasi Menyusu Dini). Dari 7 ibu balita yang diteliti, 3 ibu melahirkan di klinik bidan, 3 ibu melahirkan di rumah sakit (2 diantaranya melahirkan secara sesar), dan 1 ibu melahirkan di rumah sendiri (melahirkan di kamar mandi, kemudian dibantu perawat untuk memotong dan bersihkan ari – ari).

Pada penelitian ini, dari 7 balita yang diteliti, hanya 4 balita yang mengalami proses IMD, 3 balita lainnya tidak mengalami proses IMD saat baru dilahirkan. Dari ketiga balita yang tidak mengalami proses IMD ini, dua diantaranya mengalami kondisi khusus, seperti yang terjadi pada balita ADP dimana pada saat lahir ari – arinya berwarna biru sehingga ia dipisahkan dengan ibunya setelah dilahirkan, sedangkan pada balita NO, ia dilahirkan dalam kondisi tak terduga ketika ibunya sedang berada dalam kamar mandi di rumahnya. Ibu balita NO yang tidak mengetahui dan memahami apa itu IMD dan pentingnya bagi balita tidak melakukan IMD dan hanya memanggil perawat dekat rumahnya untuk membantu memotong dan membersihkan ari – ari anaknya.

Mayoritas ibu memberi ASI pada bayi mereka saat baru lahir, namun sebagian ada yang tidak diberi ASI melainkan diberi susu formula dikarenakan beberapa kondisi yaitu payudara membengkak, ASI tidak keluar, dan lahir dengan ari – ari biru.

2. *ASI Eksklusif*

Pada penelitian ini, seluruh keluarga yang diteliti tidak paham tentang ASI eksklusif dan pentingnya bagi balita. Hal ini

terlihat dari masih asingnya mereka terhadap istilah ASI eksklusif dan memiliki pola pikir yang salah terhadap apa yang menurut mereka terbaik diberikan kepada balita. Pada penelitian ini, seluruh balita yang diteliti tidak mendapatkan ASI eksklusif saat usia 0 – 6 bulan.

D. Infeksi atau Penyakit

Seluruh balita yang diteliti pernah mengalami sakit seperti demam, batuk, pilek. Namun yang jadi perhatian adalah balita HAB dan ADP yang pernah mengalami sakit parah hingga harus dirawatinapkan di rumah sakit serta balita NO yang pernah mengalami diare dan muntaber. Menurut pengakuan orang tua balita HAB pertama kali sakit saat dia mulai dikenalkan makanan padat. Sedangkan pada balita ADP, balita tersebut sudah mulai mengalami masalah kesehatan sejak dari lahir. Saat lahir, ari – ari ADP berwarna biru sehingga harus dipisah dengan ibunya dan tidak mendapat ASI. Balita ADP sering mengalami kesehatan seperti benjolan di leher, batuk, pilek, diare, hingga terparah Tuberkulosis (TB). Keseluruhan balita nafsu makannya menurun saat sakit. Sebagian keluarga balita menebak perkiraan sakit balita karena imunisasi, sebagian debu dan konsumsi es, dan sebagian ada yang menganggap sakit balita karena kecetit uratnya.

E. Pelayanan Kesehatan

Pada penelitian ini, seluruh balita yang diteliti mengaku rutin melakukan kunjungan ke posyandu, melakukan imunisasi dan pemberian vitamin A. Seluruh keluarga balita membawa balitanya ke posyandu dengan tujuan untuk mengetahui perkembangan dan kondisi balitanya terutama untuk mengetahui tinggi dan berat badan balita.

Ketika ditanyakan mengenai masalah *stunting* dan seberapa penting masalah *stunting* bagi balita, seluruh keluarga balita belum mengetahui dan memahami apa itu *stunting* bahkan baru mengetahui bahwa anaknya ada dalam kondisi *stunting* setelah peneliti berkunjung ke rumah keluarga balita. Mayoritas keluarga balita memilih memberikan vitamin dan makanan yang banyak kepada balita agar kondisi *stunting* yang dialami balita membaik.

Hasil Analisis Kecukupan Zat Gizi

Kualitas makanan berhubungan dengan *stunting* yaitu konsumsi zat gizi mikro. Gizi mikro yang mempengaruhi *stunting* antara lain yaitu Fe, Zink, dan vitamin A. Di Indonesia, nilai AKG (Angka Kecukupan Gizi) dianjurkan bagi masyarakat agar mencapai status gizi dan kesehatan yang optimal. Pada balita usia 1- 3 tahun, nilai AKG vitamin A 400 mcg, Fe 8 mg, dan Zn 4 mg. Asupan zat gizi balita dapat dilihat dan terukur menggunakan metode *Food Recall 24 Jam* yang dikonversi ke nilai gizi menggunakan *software Nutrisurvei*.

Tabel 2. Asupan Fe, Zn, dan Vitamin A

Inisial Balita	Asupan Fe		Asupan Zn		Asupan Vit.A	
	Mg	Kategori	mg	Kategori	mcg	Kategori
LDW	3,3	< AKG	3,4	< AKG	611,1	> AKG
ZDN	4,5	< AKG	3,2	< AKG	182,6	< AKG
HAB	2,3	< AKG	2,9	< AKG	235,6	< AKG
ADP	6,2	< AKG	3,6	< AKG	292,5	< AKG
MFT	5,8	< AKG	6,3	> AKG	206,2	< AKG
CR	7,3	< AKG	6,7	> AKG	229,6	< AKG
NO	4,9	< AKG	3,3	< AKG	170,0	< AKG

Pada penelitian ini, hasil analisis *Food Recall 24 Jam* menunjukkan bahwa

mayoritas balita masih kurang dalam asupan Fe, Zn, dan vitamin A mereka. Pada asupan

Fe, seluruh balita memiliki asupan Fe yang kurang dari AKG. Pada asupan Zn, 5 balita memiliki asupan Zn kurang dari AKG dan 2 balita memiliki asupan lebih dari AKG. Pada asupan vitamin A, 1 balita memiliki asupan lebih dari AKG sedang lainnya kurang dari AKG. Kecenderungan asupan Fe, Zn, dan vitamin A yang rendah pada balita ini dapat dipantau dari apa saja yang dikonsumsi oleh balita.

PEMBAHASAN

Karakteristik Objek Penelitian

Pada penelitian ini, mayoritas balita berjenis kelamin laki – laki. Hal ini menguatkan bukti bahwa anak laki-laki lebih berisiko *stunting* dan *underweight* dibandingkan anak perempuan. Studi kohort di Ethiopia menunjukkan bayi berjenis kelamin laki-laki memiliki risiko 2x lipat menjadi *stunting* dibandingkan bayi perempuan pada usia 6 dan 12 bulan [5]. Pada penelitian yang dilakukan di tiga negara berbeda yaitu Bangladesh, Libya, dan Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi *stunting* lebih besar pada anak laki-laki dibandingkan dengan anak perempuan [6]. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa jenis kelamin anak adalah prediktor yang kuat dari *stunting* pada anak usia 0-23 bulan dan 0-59 bulan

Dari hasil analisis antropometri, selain mengalami *stunting* balita yang diteliti juga mengalami masalah gizi yang lain seperti gizi kurang, gizi buruk, kurus, dan sangat kurus, bahkan ada balita yang menunjukkan gejala masalah gizi kronik yang menyerupai ciri – ciri kwashiorkor. Hal ini dapat terjadi karena faktor risiko *stunting* dan masalah gizi lain mempunyai kesamaan seperti asupan dan infeksi sehingga ketika terjadi *stunting* seringkali juga disertai masalah gizi lain seperti gizi kurang / buruk (indikator BB/U) dan kurus / sangat kurus (indikator BB/U). Pada kasus balita berinisial ADP yang menunjukkan ciri - ciri kwashiorkor, masalah gizi yang terjadi diperkirakan telah berlangsung lama sehingga menjadi masalah gizi yang serius tidak hanya masalah *stunting*. Apabila risiko *stunting* diatasi, maka masalah gizi lain diperkirakan juga dapat membaik.

Karakteristik Subjek Penelitian

Tingkat pendidikan orang tua mempunyai pengaruh terhadap kondisi *stunting* balita. Pada penelitian ini, mayoritas orang tua balita memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Penelitian [7] di Depok menunjukkan tingkat pendidikan orang tua berhubungan signifikan positif dengan status gizi indeks TB/U. Penelitian lain oleh [8] juga menunjukkan bahwa pendidikan ibu yang rendah berkorelasi positif terhadap kejadian *stunting*. Hal tersebut menunjukkan pendidikan orang tua terutama ibu akan berpengaruh terhadap pengasuhan anak karena pendidikan yang tinggi akan cenderung lebih memahami pentingnya peranan orang tua dalam pertumbuhan anak. Selain itu, pendidikan yang baik diperkirakan memiliki pengetahuan gizi yang baik pula. Ibu dengan pengetahuan gizi yang baik akan tahu bagaimana mengolah makanan, mengatur menu makanan, serta menjaga mutu dan kebersihan makanan dengan baik.

Selain tingkat pendidikan, tingkat ekonomi orang tua juga mempunyai pengaruh terhadap kondisi *stunting* balita. Dilihat dari pekerjaan yang dimiliki oleh ayah dan ibu balita, terlihat bahwa tingkat ekonomi yang dimiliki oleh orang tua balita cenderung rendah. Penghasilan orang tua merupakan faktor penting dalam penentuan kualitas dan kuantitas makanan dalam suatu keluarga. Terdapat hubungan antara pendapatan dan gizi dimana tingkat penghasilan menentukan jenis pangan yang akan dikonsumsi keluarga. Oleh karena itu, status ekonomi dipandang memiliki dampak yang signifikan terhadap probabilitas seorang anak menjadi pendek dan kurus. Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian seperti Kusuma (2013) di Semarang, Lestari (2014) di Aceh, Kusumawati (2013) di Banyumas, dan Ni'mah (2015) di Surabaya yang menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara status ekonomi keluarga dengan *stunting*.

Komponen Faktor Penyebab Stunting

A. Rumah Tangga dan Keluarga

a. Status Gizi Ibu Saat Hamil

Stunting dapat berawal sejak anak masih dalam kandungan ibu. Pada saat ibu hamil, asupan janin tergantung pada asupan ibu.

Karena itu, status gizi ibu saat hamil sangat mempengaruhi kondisi bayi. Ibu yang mengalami kekurangan gizi atau KEK (Kekurangan Energi Kronik) saat hamil berisiko tinggi melahirkan bayi dengan kondisi BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) (Nurhayati, 2016) dan bayi dengan kondisi BBLR berisiko tinggi mengalami *stunting*. Hal ini terjadi karena bayi dengan kondisi BBLR mengalami kekurangan gizi secara kronik saat ia masih dalam kandungan ibu (Nasution, 2014). Ada beberapa cara yang digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil antara lain memantau pertambahan berat badan selama hamil, mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA), dan mengukur kadar *hemoglobin* (Hb) darah (Arisman, 2010).

Pada penelitian ini, mayoritas keluarga balita mengaku bahwa saat hamil ibu dalam kondisi fisik dan berat badan yang baik-baik saja, namun setelah digali lebih dalam, ternyata ada ibu balita yang sering mengalami pendarahan saat hamil dan ada 2 ibu balita yang memiliki kadar Hb yang rendah saat hamil. Pendarahan yang terus menerus dapat menyebabkan kadar Hb menurun. Dan kadar Hb yang rendah pada ibu hamil berisiko menyebabkan anemia serta KEK pada ibu hamil. Anemia pada ibu hamil adalah kondisi ibu dengan kadar *hemoglobin* (Hb) dalam darah $<11,0$ g%. Anemia pada ibu hamil berisiko melahirkan bayi dengan kondisi BBLR. Hal ini sejalan dengan penelitian Syifaurrahmah (2016) yang menunjukkan ada berhubungan bermakna antara anemia dengan kejadian BBLR. Begitu pula dengan KEK, ibu hamil dengan KEK memiliki risiko 4 kali untuk melahirkan bayi dengan kondisi BBLR [9]. Penelitian lain oleh [10] menunjukkan bahwa ada hubungan kadar hemoglobin ibu hamil dengan kejadian BBLR.

Pada nafsu makan ibu saat hamil, sebagian ibu mengalami susah makan bahkan ada yang tidak mau makan nasi sama sekali hanya bisa masuk buah-buahan saja, namun sebagian lagi tidak mengalami masalah dalam nafsu makan bahkan cenderung banyak mengonsumsi makanan. Asupan makan ibu saat hamil sangat berpengaruh terhadap kondisi status gizi ibu saat hamil. Hal ini sejalan penelitian [11] yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara asupan gizi (energi, lemak, protein) dengan kejadian KEK dan penelitian [12] yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara asupan nutrisi dengan kadar Hb pada ibu hamil. Penelitian lain Syafa'ah (2016) menunjukkan ada hubungan antara asupan energi, protein dan Fe ibu hamil dengan panjang bayi lahir.

b. Sanitasi Lingkungan Rumah

Faktor lingkungan rumah berhubungan dengan *stunting* yaitu sanitasi lingkungan rumah (WHO, 2013). Pengaruh sanitasi lingkungan rumah dengan *stunting* berhubungan dengan penyakit infeksi seperti diare atau ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut). Sanitasi lingkungan rumah yang buruk dapat menimbulkan penyakit infeksi seperti diare dan ISPA yang di kemudian dapat berpengaruh terhadap kejadian *stunting*. Hal ini sejalan dengan penelitian Lestari (2014) dimana *stunting* lebih banyak terjadi pada anak yang menderita diare dan ISPA dalam 2 bulan terakhir. Penelitian lain, ada hubungan antara sanitasi lingkungan rumah dengan status gizi (Hidayat, 2011). Faktor – faktor sanitasi lingkungan rumah yaitu sumber air minum, ketersediaan jamban, dan kondisi lantai rumah.

Pada penelitian ini, sanitasi lingkungan rumah mayoritas keluarga sudah cukup baik kecuali pada keluarga balita berinisial NO yang dinilai sanitasi lingkungan

rumahnya sangat buruk.

Hubungan antara sanitasi lingkungan rumah dengan *stunting* telah banyak diteliti. Penelitian Adiyanti (2014) menunjukkan setelah dikontrol umur baduta, anak yang berasal dari keluarga dengan sumber air yang tidak tertindung dan jenis jamban tidak layak mempunyai risiko untuk menderita *stunting* 1,3 kali lebih tinggi dibanding dengan anak yang berasal dari keluarga dengan sumber air terlindung dan jenis jamban yang layak. Penelitian lain Cahyono (2016) dan Kusumawati (2015) sanitasi lingkungan merupakan faktor risiko *stunting*.

B. Konsumsi Makanan

a. Kualitas Asupan Makanan

Kualitas makanan yang mempengaruhi *stunting* yaitu konsumsi zat gizi mikro (WHO, 2013). Zat gizi mikro yang mempengaruhi *stunting* antara lain yaitu Fe, Zink, dan vitamin A. Hal ini sejalan dengan hasil beberapa penelitian seperti penelitian Cahya (2014), Putra (2012), Sumedi (2015) yang menunjukkan adanya hubungan antara asupan Fe, Zink, dan vitamin A terhadap kejadian *stunting*. Penelitian lain seperti pada penelitian Ghazian (2016) menunjukkan suplementasi Fe dan Zink mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penambahan tinggi badan balita usia 3 – 5 tahun.

Pada penelitian ini, hasil analisis *Food Recall 24 Jam* menunjukkan bahwa mayoritas balita masih kurang dalam asupan Fe, Zn, dan vitamin A mereka. Kecenderungan asupan Fe, Zn, dan vitamin A yang rendah pada balita ini dapat dipantau dari apa saja yang dikonsumsi oleh balita. Pada balita LDW, asupan vitamin A yang tinggi di atas AKG dimungkinkan karena balita LDW masih mengonsumsi ASI dari ibunya dimana ASI memiliki nilai gizi yang sangat baik bagi balita terutama usia 0 – 2

tahun. Sedangkan pada balita MFT dan CR yang memiliki nilai asupan Zn yang cukup baik, hal ini dimungkinkan karena balita MFT dan CR banyak mengonsumsi makanan hewani seperti ikan dan daging yang mengandung banyak kandungan Zn. Beberapa balita dengan nilai asupan yang kurang seperti balita HAB, ADP, dan NO konsumsi susu kental manis yang mereka anggap sama seperti ASI atau susu formula. Hal ini merupakan anggapan yang keliru karena susu kental manis bukanlah susu. Dengan takaran 2 sdm kental manis, 42 gram gula masuk ke dalam tubuh dimana nilai tersebut sama dengan batas maksimal konsumsi gula harian versi Kementrian Kesehatan. Bagi anak atau balita, rasa manis berlebih membuat kenyang prematur dan tidak mau makan. Hal ini menimbulkan kasus gizi buruk akibat terlalu sering mengonsumsi susu kental manis. Di Kota Kendari awal tahun 2018 lalu terdapat sejumlah balita menderita gizi buruk akibat terlalu sering minum susu kental manis.

b. Sanitasi Makanan

Makanan dan minuman yang aman adalah makanan dan minuman yang bebas cemaran fisik, kimiawi, atau mikrobiologi yang berbahaya bagi kesehatan tubuh. Salah 1 bentuk menjaga keamanan pangan dan air adalah dengan sanitasi makanan. Dapur sebagai dimana proses memasak dan mengolah makanan untuk balita terjadi harus memenuhi beberapa standar sanitasi makanan. Hal ini dilakukan agar makanan dan minuman yang diberikan ke balita bebas dari cemaran fisik, kimiawi, atau biologis sehingga kondisi kesehatan balita dapat terjaga (terhindar dari penyakit akibat infeksi).

Pada penelitian ini, mayoritas dapur keluarga balita tidak dalam kondisi bersih. Pada proses pengolahan sampah, mayoritas

keluarga memiliki tempat sampah terbuka yang diberi kantong plastik di dalam dapur. Namun untuk tempat sampah tertutup di luar dapur, keseluruhan tidak membuat / mempunyai tempat sampah tertutup. Mayoritas keluarga memiliki sumber air dalam jumlah yang mencukupi dan memenuhi standar bersih (bau, rasa, warna) yang digunakan untuk memasak, minum, dan mencuci piring. Namun pada keluarga balita NO, standar bersih pada sumber air tidak dapat terpenuhi.

Hubungan higiene dan sanitasi makanan dengan *stunting* telah banyak diteliti. Penelitian Oktaviana (2016) menunjukkan ada hubungan antara perilaku higiene sanitasi ibu dengan kejadian *stunting*. Penelitian lain Desyanti (2016) menunjukkan praktik higiene keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian *stunting*.

C. ASI (Air Susu Ibu)

a. IMD (Inisiasi Menyusu Dini)

IMD merupakan proses menyusui bayi yang dimulai secepatnya. IMD dilakukan dengan membiarkan bayi kontak kulit dengan kulit ibunya setidaknya selama satu jam pertama setelah lahir atau hingga proses menyusui awal berakhir. Cara bayi melakukan IMD ini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara. IMD perlu dilakukan pada bayi karena ASI pertama yang keluar dari payudara ibu (atau disebut dengan kolostrum) mengandung antibodi yang sangat baik bagi imunitas bayi. Berkaitan dengan *stunting*, penelitian yang dilakukan oleh Teshome (2009) menunjukkan bahwa anak yang tidak mendapat kolostrum lebih berisiko tinggi terhadap *stunting*. Studi lain juga menunjukkan pemberian kolostrum pada bayi berkorelasi dengan kejadian *stunting* (Kumar, 2006).

Pada penelitian ini, sebagian balita mengalami proses IMD dan sebagian lainnya tidak mengalami proses IMD saat baru dilahirkan. Balita yang tidak mengalami proses IMD, dua diantaranya mengalami kondisi khusus, seperti yang terjadi pada balita ADP dimana pada saat lahir ari – arinya berwarna biru sehingga ia dipisahkan dengan ibunya setelah dilahirkan, sedangkan pada balita NO, ia dilahirkan dalam kondisi tak terduga yaitu ketika ibunya berada dalam kamar mandi di rumahnya. Ibu balita NO yang tidak mengetahui dan memahami apa itu IMD dan pentingnya bagi balita tidak melakukan IMD dan hanya memanggil perawat dekat rumah untuk membantu memotong dan membersihkan ari – ari anaknya. Keempat ibu yang melakukan IMD dimungkinkan karena mereka melahirkan di bidan atau rumah sakit dimana ada petugas kesehatan yang paham mengenai IMD sehingga memandu ibu balita untuk melakukan IMD pada bayi mereka.

Hubungan antara IMD dengan *stunting* telah banyak diteliti. Penelitian Yunus (2013) menunjukkan ada hubungan bermakna antara IMD dengan *stunting* (dengan mengontrol variabel ASI eksklusif dan penyakit infeksi ISPA dan diare). Anak yang IMD mempunyai risiko 2,3 kali lebih rendah terhadap *stunting*. Penelitian lain Permadi (2016) menunjukkan bahwa inisiasi menyusui dini (IMD) memiliki hubungan yang bermakna dengan *stunting*.

b. ASI Eksklusif

ASI merupakan bentuk makanan yang ideal untuk memenuhi gizi balita karena ASI sanggup memenuhi kebutuhan gizi bayi untuk hidup selama 6 bulan pertama kehidupan. Semua kebutuhan gizi 1 sudah tercukupi dari ASI.

Pada penelitian ini, seluruh balita yang diteliti tidak mendapatkan ASI eksklusif sewaktu mereka usia 0 – 6 bulan. Hal ini disebabkan karena pengetahuan dan pemahaman orang tua balita terhadap ASI eksklusif dan pentingnya ASI eksklusif bagi balita belum mereka miliki. Hal ini terlihat dari masih asingnya mereka terhadap istilah ASI eksklusif dan cenderung memiliki pola pikir yang salah terhadap apa yang menurut mereka terbaik diberikan kepada balita. Hal inilah yang di kemudian hari mempengaruhi kondisi kesehatan balita baik imunitas maupun gizi.

Pemberian ASI memiliki banyak manfaat bagi kesehatan, terutama pada perkembangan anak. Komposisi ASI banyak mengandung asam lemak tak jenuh dengan rantai karbon panjang (LCPUFA, *long-chain polyunsaturated fatty acid*) yang tidak hanya sebagai sumber energi tapi juga penting untuk perkembangan otak. Selain itu, ASI juga memiliki manfaat lain yaitu meningkatkan imunitas balita. Penelitian menunjukkan pemberian ASI menurunkan diare, konstipasi kronis, masalah gastrointestinal, infeksi traktus respiratorius, serta infeksi telinga (Anisa, 2012). Meningkatnya imunitas ini juga berpengaruh terhadap kejadian *stunting* balita. Beberapa penelitian seperti penelitian Indrawati (2016), Aridiyah (2015), Permadi (2016) dan Lestari (2014) menunjukkan bahwa bayi yang tidak ASI eksklusif lebih rentan mengalami *stunting* dibandingkan bayi yang ASI eksklusif.

D. Infeksi atau Penyakit

Infeksi merupakan salah satu faktor penting kejadian *stunting*. Hal ini karena saat terjangkit penyakit, anak membutuhkan sejumlah energi dan zat gizi yang cukup besar untuk melawan infeksi / penyakit tersebut sehingga

cadangan gizi dalam tubuh berkurang dan kebutuhan asupan gizi menjadi meningkat yang apabila tidak dapat terpenuhi maka akan menyebabkan tubuh mengalami defisiensi zat gizi. Hal ini ditambah saat sakit anak cenderung kehilangan nafsu makan mereka.

Pada penelitian ini, seluruh balita pernah sakit seperti demam, batuk, pilek. Namun yang jadi perhatian adalah balita HAB dan ADP yang pernah mengalami sakit parah hingga harus dirawatinapkan di rumah sakit serta balita NO yang pernah mengalami diare muntaber. Menurut pengakuan orang tua balita HAB pertama kali sakit saat dia mulai dikenalkan makanan padat. Hal ini dimungkinkan karena jenis makanan yang kurang tepat dan sanitasi makanan yang kurang baik yang menimbulkan sakit. Sedangkan pada balita ADP, balita tersebut sudah mulai mengalami masalah kesehatan sejak dari lahir. Menurut keterangan orang tua ADP, saat lahir ari-ari ADP berwarna biru sehingga harus dipisah dengan ibunya dan tidak mendapat ASI. Hingga sekarang balita ADP tidak mau minum ASI dan lebih suka minum susu formula. Balita ADP sering mengalami kesehatan seperti ada benjolan di leher, batuk, pilek, diare, hingga terparah yaitu menderita sakit Tuberkulosis (TB). Frekuensi sakit yang sering dialami ADP ditambah asupan makan yang tidak adekuat membuat balita ADP tidak hanya *stunting* tetapi juga menunjukkan gejala malnutrisi. Balita yang kurang gizi memiliki daya tahan tubuh terhadap penyakit yang rendah, ketika jatuh sakit akan menjadi semakin kurang gizi sehingga mengurangi kapasitasnya untuk melawan penyakit. Ini disebut juga *infectionmalnutrition* (Anisa, 2012).

Hubungan antara infeksi dengan kondisi *stunting* telah banyak diteliti. Hasil penelitian Desyanti (2017) menunjukkan ada hubungan antara riwayat penyakit diare dengan kejadian *stunting*. Balita dengan riwayat diare berisiko mengalami *stunting* 3,6 kali lebih besar dibanding balita yang tidak memiliki riwayat diare. Penelitian lain

oleh Kusumawati (2015) menunjukkan bahwa penyakit infeksi merupakan faktor paling dominan *stunting*. Menurut penelitian Jahiroh (2013), dibandingkan dengan balita normal, balita dengan kondisi *stunting* mempunyai risiko lebih tinggi menderita TB. Balita pendek (*stunting*) dan sangat pendek (*severe stunting*) mempunyai risiko masing-masing 3,5 dan 9 kali menderita TB.

E. Pelayanan Kesehatan

Guna menjaga kesehatan balita, keluarga perlu secara rutin melakukan pemantauan terhadap perkembangan balita. Pemantauan ini dapat berupa kunjungan yang rutin ke posyandu untuk mengukur berat badan dan tinggi badan sehingga balita dapat terukur dan terpantau perkembangannya. Hal ini menguntungkan keluarga balita karena apabila terdapat tanda – tanda masalah pada tumbuh kembang balita, keluarga dapat segera mengetahuinya dan mencari solusi untuk mengatasi permasalahan tersebut. Penelitian oleh Adiyanti (2014) menunjukkan ada hubungan bermakna antara pemanfaatan posyandu dengan kejadian *stunting* pada baduta. Risiko *stunting* pada baduta yang tidak memanfaatkan posyandu 1,3 kali lebih tinggi dibandingkan dengan baduta yang ditimbang di fasilitas kesehatan lainnya. Di posyandu, balita juga akan mendapatkan imunisasi dan pemberian vitamin A dimana imunisasi dan pemberian vitamin A tersebut sangat baik bagi balita terutama untuk mengurangi risiko kesakitan dan kematian balita dari penyakit – penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi seperti TBC, difteri, tetanus, pertusis, polio, campak, dan hepatitis B. Status imunisasi juga merupakan salah satu indikator kontak dengan pelayanan kesehatan. Karena diharapkan bahwa kontak dengan pelayanan kesehatan akan membantu memperbaiki masalah gizi. Terkait *stunting*, Milman (2005) mengemukakan status imunisasi menjadi *underlying factor* dalam kejadian *stunting* pada anak < 5 tahun. Penelitian lain juga menunjukkan status

imunisasi yang tidak lengkap memiliki hubungan yang signifikan dalam kejadian *stunting* pada anak usia < 5 tahun (Kusumawati, 2015).

Pada penelitian ini, seluruh balita yang diteliti diakui rutin melakukan kunjungan ke posyandu dan melakukan imunisasi serta pemberian vitamin A. Namun ketika ditanyakan mengenai masalah *stunting* dan seberapa penting masalah *stunting* bagi balita, seluruh keluarga balita belum mengetahui dan memahami apa itu *stunting* dan bahkan baru mengetahui bahwa anaknya ada dalam kondisi *stunting* setelah peneliti datang berkunjung ke rumah keluarga balita. Hal ini dimungkinkan karena minimnya sosialisasi mengenai kondisi *stunting* di posyandu atau fasilitas kesehatan tempat mereka rutin berkunjung.

IV. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Stunting merupakan masalah kesehatan terkait gizi yang patut menjadi perhatian kita karena *stunting* mempengaruhi tumbuh kembang anak di masa depan termasuk perkembangan mental, motorik, dan intelektual. Pada penelitian ini, faktor risiko yang dinilai kuat dalam mempengaruhi *stunting* pada balita usia 1 – 2 tahun yaitu status gizi ibu saat hamil, sanitasi lingkungan rumah, kualitas asupan makanan, sanitasi makanan, IMD, ASI eksklusif, dan infeksi.

- Status gizi ibu saat hamil secara keseluruhan baik, namun sebagian ada yang menunjukkan status gizi kurang dilihat dari rendahnya kadar Hb dan anemia.
- Sanitasi lingkungan rumah pada mayoritas keluarga sudah cukup baik kecuali pada keluarga balita berinisial NO yang dinilai sanitasi lingkungan rumahnya sangat buruk.
- Kualitas asupan makanan mayoritas rendah dilihat dari asupan Fe balita yang rendah, namun jika dilihat dari asupan Zink dan vitamin A, sebagian balita ada yang asupannya cukup baik.
- Sanitasi makanan pada mayoritas keluarga sudah cukup baik kecuali pada

- keluarga balita berinisial NO yang dinilai sanitasi makanannya sangat buruk.
- e. Sebagian besar balita mengalami proses IMD, namun sebagian lagi ada yang tidak mengalami proses IMD.
 - f. Keseluruhan balita tidak mendapatkan ASI eksklusif dari ibunya.
 - g. Keseluruhan balita pernah mengalami sakit ringan, namun sebagian ada yang penyakitnya dinilai cukup berat dan mempengaruhi status gizi.

Saran – Saran

A. Bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Masih ada banyak hal yang perlu dikaji lebih dalam mengenai masalah *stunting*. Karena penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, hasil penelitian ini belum dapat menggambarkan dan menggeneralisir kondisi *stunting* yang ada di Kota Bandar Lampung terutama di pemukiman kumuh berat. Oleh karena itu, perlu adanya penelitian lanjut mengenai *stunting* dengan metode kuantitatif sehingga dapat kita cari lebih dalam lagi faktor mana yang dominan mempengaruhi *stunting* pada balita di pemukiman kumuh Kota Bandar Lampung.

B. Bagi Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung

Saat melakukan penelitian ini, peneliti menilai bahwa pendataan balita *stunting* secara terperinci belum ada di Kota Bandar Lampung. Pendataan *stunting* yang ada barulah sebatas permukaan dan dilakukan dalam program Pemantauan Status Gizi (PSG) oleh Kementerian Kesehatan RI. Namun program tersebut hanya dilakukan sampai level Kota/Kabupaten dan belum mencakup level kecamatan atau kelurahan sehingga belum diketahui kecamatan / kelurahan mana yang terdapat kasus *stunting* tertinggi. Karena itu, peneliti menyarankan pada Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung untuk secara rutin dan berkala melakukan pendataan balita *stunting* di Kota Bandar Lampung. Pendataan ini dapat dimulai dari lingkup terkecil yaitu posyandu. Dengan memberi fasilitas

berupa alat pengukur tinggi badan pada tiap posyandu, maka pendataan tinggi badan pada tiap posyandu dapat terwujud (tidak hanya mengukur berat badan saja). Data tinggi badan balita kemudian dianalisis secara anthropometri oleh petugas gizi di masing – masing puskesmas untuk mengetahui sebaran balita *stunting* di wilayah puskesmas mereka. Dengan begitu, peta balita *stunting* di Kota Bandar Lampung dapat diketahui dan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dapat mengambil langkah lebih lanjut serta membuat strategi untuk mengatasi masalah *stunting* di Kota Bandar Lampung.

C. Bagi Instansi Kesehatan Seperti Puskesmas

Saat penelitian berlangsung dan peneliti datang ke puskesmas – puskesmas yang dituju, sosialisasi mengenai *stunting* belum terlihat di puskesmas – puskesmas tersebut. Hanya di Puskesmas Panjang yang terlihat terdapat poster mengenai *stunting*. Hal ini perlu menjadi perhatian khusus sebab di lingkup puskesmas sendiri ternyata sosialisasi *stunting* belum begitu massif. Peneliti menyarankan agar puskesmas – puskesmas di Kota Bandar Lampung dapat melakukan edukasi dan promosi gizi terkait *stunting* di wilayah puskesmas mereka, mulai dari edukasi di puskesmas maupun edukasi ke kader – kader posyandu di wilayah mereka mengenai masalah *stunting*.

D. Bagi Posyandu dan Poskeskel

Posyandu dan poskeskel merupakan fasilitas kesehatan di lingkup terkecil dan paling dekat dengan masyarakat. Karena itu, peneliti menyarankan pada petugas kesehatan di poskeskel serta kader posyandu untuk perlu berkala melakukan penyuluhan dan edukasi pada masyarakat mengenai masalah *stunting* terutama pada saat kegiatan posyandu diadakan. Selain itu, posyandu/poskeskel perlu sigap dan tanggap ketika menemukan kasus *stunting* di wilayah mereka. Pertama

segera membuat laporan ke puskesmas kemudian memantau dan mengevaluasi balita yang mengalami kasus *stunting* tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- [1]Prendergast, A. J. dan Humphrey, J. H. 2014. *The stunting syndrome in developing countries*. Paediatrics and International Child Health 2014 Vol. 34 No. 4
- [2]World Health Organization (WHO). 2013. *Childhood Stunting : Challenges and Opportunities*. WHO/NMH/NHD/GRS/14.1
- [3]Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi Provinsi Lampung 2016*. Jakarta : Direktorat Gizi Masyarakat, Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat, Kementrian Kesehatan
- [4]Bappeda Kota Bandar Lampung. 2016. *Verifikasi Luasan Penanganan Permukiman Kumuh 2017 Berdasarkan Lokasi SK Walikota Bandar Lampung No. 974/Iv.32/Hk/2014*. Bandar Lampung : Bappeda Kota Bandar Lampung
- [5]Medhin, Girma *et al.* 2010. *Prevalence and Predictors of Undernutrition Among Infants Aged Six and Twelve Months in Butajira, Ethiopia : The P-MaMiE Birth Cohort*. Medhin *et al.* BMC Public Health, 10:27
- [6]Semba, Richard D. Bloem, Martin W. 2008. *Nutrition and Health in Developing Countries*. New Jersey: Humana Press
- [7]Anisa, Paramitha. 2012. *Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 25 – 60 Bulan di Kelurahan Kalibaru Depok Tahun 2012*. Depok : Universitas Indonesia
- [8]Ni'mah, K dan Nadhiroh, S.R. 2015. *Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita*. Media Gizi Indonesia, Vol. 10, No. 1 Januari–Juni 2015: hlm. 13–19
- [9]Sumiaty. Restu dan Sri. 2016. *Kurang Energi Kronis (KEK) Ibu Hamil dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)*. Volume IV No.3, Nov 2016, hal 162-170
- [10]Maksum, Ali. 2011. *Hubungan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil dengan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta
- [11]Marsedi, S.G., Widajanti, L., dan Aruben, Ronny. 2017. *Hubungan Sosial Ekonomi dan Asupan Zat Gizi dengan Kejadian Kurang Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil di Wilayah Puskesmas Sei Jang Kecamatan Bukit Bestari Kota Tanjung Pinang Tahun 2016*. Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal). Volume 5, Nomor 3, Juli 2017
- [12]Nurhidayati, Anis dan Hapsari, E. 2014. *Hubungan Asupan Nutrisi dengan Kadar Hb pada Ibu Hamil di BPS Suratini Suwarno Surakarta*. Jurnal KesMaDaSka – Januari 2014
- [13]Adiyanti, Maya dan Besral. 2014. *Pola Asuh Gizi, Sanitasi Lingkungan, dan Pemanfaatan Posyandu dengan Kejadian Stunting pada Baduta di Indonesia (Analisis Data Riskesdas Tahun 2010)*. Depok : Universitas Indonesia
- [14]Adriani, Merryana dan Wirjatmadi, Bambang. 2012. *Pengantar Gizi Masyarakat*. Jakarta : Kencana
- [15]Almatsier, Sunita. 2005. *Prinsip Dasar Gizi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- [16]Arfinas, Prisca Petty dan Puspitasari, Fithia Dyah. 2017. *Hubungan Stunting dengan Prestasi Belajar Anak Sekolah Dasar di Daerah Kumuh, Kotamadya Jakarta Pusat*. Buletin Penelitian Kesehatan, Vol. 45, No. 1, Maret 2017: 45 - 52
- [17]Aridiyah, F.O, Rohmawati, N., dan Ririanty, M. 2015. *Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan*. e-Jurnal Pustaka Kesehatan, vol.3 (no.1) Januari 2015
- [18]Arisman, MB, 2010. *Buku Ajar Ilmu Gizi (Gizi Dalam Daur Kehidupan)*. Jakarta : EGC

- [19] Arisman. 2007. *Buku Ajar Ilmu Gizi : Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta : EGC
- [20] Cahya, Irma Ayumi. 2014. *Perbedaan Tingkat Asupan Energi, Protein dan Zat Gizi Mikro (Besi, Vitamin A, Seng) antara Anak SD Stunting dan Non Stunting di Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo*. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta
- [21] Desyanti, C. dan Nindya, T.S. 2017. *Hubungan Riwayat Penyakit Diare dan Praktik Higiene dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Simolawang, Surabaya*. Amerta Nutr (2017) 243-251
- [22] Ernawati, F., Muljati, S., Dewi S, M., dan Safitri, A. 2014. *Hubungan Panjang Badan Lahir Terhadap Perkembangan Anak Usia 12 Bulan*. Penel Gizi Makan, Desember 2014 Vol. 37 (2): 109-118
- [23] Fikawati, S., Syafiq, A., dan Karima, K. 2015. *Gizi Ibu dan Bayi*. Jakarta : Raja Grafindo Persada
- [24] Ghazian, Muhammad Isyraqi. 2016. *Pengaruh Suplementasi Seng dan Zat Besi Terhadap Tinggi Badan Balita Usia 3 - 5 Tahun di Kota Semarang*. Semarang : Universitas Diponegoro
- [25] Hidayat, Tjetjep Syarif dan Fuada, Noviaty. 2011. *Hubungan Sanitasi Lingkungan, Morbiditas dan Status Gizi Balita di Indonesia*. Penel Gizi Makan 2011, 34(2): 104-113
- [26] Indonesian Public Health. 2015. *Kriteria dan Standar Jamban Improved dan Macam Jenis Jamban*. Diakses dari : <http://www.indonesian-publichealth.com/kriteria-jamban-dan-jamban-sehat/>
- [27] Indrawati, Sri dan Warsiti. 2016. *Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 2-3 Tahun di Desa Karangrejek Wonosari Gunungkidul*. Yogyakarta : Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta
- [28] Istikasari, May dan Khadiyanto, Parfi. 2014. *Identifikasi Pemukiman Kumuh di Pusat Kota Jambi*. Junal Ruang Vol.2 No.4 Th 2014. Hal 301-310
- [29] Izzati, Isfi Sabila. 2016. *Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Usia 2-3 Tahun (Studi di Kecamatan Semarang Timur)*. Kota Semarang : Universitas Muhammadiyah Semarang
- [30] Jafar, Nurhaedar. 2012. *Aspek Keamanan Pangan pada Penjamah Makanan di Penyelenggaraan Makanan Institusi*. Makasar : Universitas Hasanuddin
- [31] Karim, Likyanto. 2012. *Hubungan Sanitasi Rumah Dengan Kejadian ISPA Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Marisa Kecamatan Marisa Kabupaten Pohuwato Tahun 2012*. Universitas Negeri Gorontalo
- [32] Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.: 1995/Menkes/SK/XII/2010*. Jakarta : Kemenkes RI
- [33] Kumar, Dinesh, et al. 2006. *Influence of Infant-Feeding Practices on Nutritional Status of Under-Five Children*. Indian J Pediatr, 73 (5): 417-421
- [34] Kusharto, Clara M. dan Supariasa, I.D.N. 2014. *Survei Konsumsi Gizi*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- [35] Kusuma, Kukuh Eka. 2013. *Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Usia 2-3 Tahun di Kecamatan Semarang Timur*. Semarang : Universitas Diponegoro
- [36] Kusumawati, E., Rahardjo, S., dan Sari, H.P. 2015. *Model Pengendalian Faktor Risiko Stunting pada Anak Usia di Bawah Tiga Tahun*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 9, No. 3, Februari 2015
- [37] Lestari, W., Margawati, A., dan Rahfiludin, M. Z. 2014. *Faktor Risiko Stunting pada Anak Umur 6-24 Bulan di Kecamatan Penanggalan Kota Subulussalam Provinsi Aceh*. Jurnal Gizi Indonesia (ISSN : 1858-4942) Vol. 3, No. 1, Desember 2014: 37-45
- [38] Milman, Anna, et al. 2005. *Differential Improvement among Countries in*

- Child Stunting is Associated with Long-Term Development and Specific Interventions. The Journal of Nutrition*, 135: 1415-1422
- [39]Nasution, D., Nurdianti, D.S., Huriyati, E. 2014. *Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan*. Jurnal Gizi Klinik Indonesia, Vol. 11, No. 1, Juli 2014
- [40]Nasution, Ernawati. 2004. *Efek Suplementasi Zinc dan Besi pada Pertumbuhan Anak*. Medan : Universitas Sumatera Utara
- [41]Notoatmodjo S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- [42]Nurhayati, Eka. 2016. *Indeks Massa Tubuh (IMT) Pra Hamil dan Kenaikan Berat Badan Ibu Selama Hamil Berhubungan dengan Berat Badan Bayi Lahir*. JNKI, Vol. 4, No. 1, Tahun 2016, 1-5
- [43]Nurlinda, Andi. 2013. *Gizi dalam Siklus Daur Kehidupan – Seri Baduta (untuk Anak 1 – 2 tahun)*. Yogyakarta : Andi
- [44]Nursyahbani, R dan Pigawati, B. 2015. *Kajian Karakteristik Kawasan Pemukiman Kumuh di Kampung Kota (Studi Kasus : Kampung Gandekan Semarang)*. Jurnal Teknik PWK Volume 4 Nomor 2 2015
- [45]Oktaviana, Herni. 2016. *Hubungan Pengetahuan Gizi dan Perilaku Higiene Sanitasi Terhadap Kejadian Stunted pada Balita Usia 7 – 24 Bulan di Desa Hargorejo Kulon Progo*. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta
- [46]Pantaleon, M.G., Hadi, H., dan Gamayanti, I.L. 2015. *Stunting berhubungan dengan perkembangan motorik anak di Kecamatan Sedayu, Bantul, Yogyakarta*. Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia. Vol. 3, No. 1, Januari 2015: 10-21