

**ANALISIS DETERMINAN STUNTING ANAK 0-23 BULAN PADA DAERAH MISKIN  
DI JAWA TENGAH DAN JAWA TIMUR  
(DETERMINANT ANALYSIS OF STUNTING CHILDREN AGED 0-23 MONTHS IN POOR  
AREAS IN CENTRAL AND EAST JAVA)**

Bunga Ch Rosha<sup>1</sup>, Hardinsyah<sup>2</sup> dan Yayuk Farida Baliwati<sup>2</sup>

**ABSTRACT**

*The child growth at the first two years is characterized by gradual development in linear growth and the increase in weight. The linear growth that do not fit with the child age reflects stunting problem. The purpose of the study is to analyzed determinant factors of stunting children aged between 0-23 months in poor areas of Central and East Java. This study used Riskesdas 2007 data. Samples are children aged between 0-23 months. Stunting status is measured by z-score height for age (H/A). The data is analyzed using univariate, bivariate and multivariate with logistic regression. The results showed that 28.8 percent of the children are stunted. Determinant factors of stunting are child's age with OR = 0.59 (0.44-0.79), sex with OR = 0.71 (0.53-0.96), urban-rural area with OR = 0.68 (0.48-0.95) and mother education level with OR = 1.56 (1.05-2.31). The result shows that samples who lives in urban area have protective effect or at 32 percent smaller risk to get stunting than those lives in rural area. Children aged between 0-12 months have protective effect or at 41 percent smaller risk to get stunting than children aged between 13-23 months. Girls have protective effect or at 29 percent smaller risk to get stunting than boys. Mother with completed educational level less than junior high school have 1.56 greater risk to have stunting children than those have higher educational level. Therefore, it is important to educate mother about food, nutrition, and health whoor both live in urban and rural, so they can apply the knowledge to their family without making any difference in caring and feeding base on child age and gender.*

**Keywords:** *stunting children aged 0-23 months, determinant analysis, poor area*

**ABSTRAK**

Pertumbuhan pada dua tahun pertama dicirikan dengan penambahan gradual, baik pada percepatan pertumbuhan linear maupun laju penambahan berat badan. Pertumbuhan linear yang tidak sesuai umur merefleksikan masalah *stunting*. Menganalisis faktor determinan *stunting* pada anak usia 0-23 bulan di wilayah miskin Jawa Tengah dan Jawa Timur. Penelitian ini menggunakan data Riskesdas 2007 dengan sampel adalah anak usia 0-23 bulan. Status *stunting* diukur berdasarkan z-skor tinggi badan terhadap umur (TB/U). Data dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariat dengan regresi logistik. Analisis menunjukkan bahwa dari 932 sampel anak usia 0-23 bulan, sebesar 28,8 persen merupakan anak *stunting*. Faktor determinan *stunting* adalah usia anak dengan nilai OR = 0,59 (0,44-0,79), jenis kelamin dengan nilai OR = 0,71 (0,53-0,96), wilayah tempat tinggal dengan nilai OR = 0,68 (0,48-0,95) dan pendidikan ibu dengan nilai OR = 1,56 (1,05-2,31). Sampel yang tinggal di wilayah kota memiliki efek protektif atau risiko lebih rendah 32 persen terhadap *stunting* dibandingkan dengan anak yang tinggal di perdesaan. Anak yang berusia 0-12 bulan memiliki efek protektif atau risiko lebih rendah 41 persen terhadap *stunting* dibandingkan dengan anak yang berusia 13-23 bulan. Anak perempuan memiliki efek protektif atau risiko lebih rendah 29 persen terhadap *stunting* dibandingkan dengan anak laki-laki dengan nilai OR = 0,71 (0,53-0,96). Ibu dengan tingkat pendidikan <SMP memiliki risiko 1,56 kali memiliki anak dengan status *stunting* dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan ≥ SMP. Oleh karena itu diperlukan peningkatan KIE (komunikasi-informasi-edukasi) ibu, baik yang berada di wilayah kota maupun desa, yang berhubungan dengan informasi mengenai pangan dan gizi serta kesehatan sehingga derajat pengetahuan ibu meningkat dan ibu dapat mengaplikasikan pengetahuan tersebut ke dalam keluarga sehingga ibu dapat secara adil atau tidak membedakan pola asuh dan pemberian makanan berdasarkan usia dan jenis kelamin pada anggota keluarganya. [Penel Gizi Makan 2012, 35(1): 34-41]

**Kata kunci:** *stunting anak usia 0-23 bulan, analisis determinan, wilayah miskin*

<sup>1</sup> Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes R.I. Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta

<sup>2</sup> Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor, Darmaga Bogor  
e-mail: bunga\_ch@yahoo.com

## PENDAHULUAN

Pertumbuhan pada dua tahun pertama kehidupan dicirikan dengan penambahan gradual, baik pada percepatan pertumbuhan linear maupun laju penambahan berat badan. Pertumbuhan bayi cenderung ditandai dengan pertumbuhan cepat (*growth spurt*) yang dimulai pada usia 3 bulan hingga usia 2 tahun, kemudian pertumbuhan pada anak pada usia 2 tahun sampai usia anak 5 tahun menjadi lebih lambat dibandingkan dengan ketika masih bayi, walaupun pertumbuhan terus berlanjut dan akan memengaruhi kemampuan motoris, sosial, emosional, dan perkembangan kognitif.<sup>1</sup>

Pertumbuhan linear yang tidak sesuai umur merefleksikan masalah gizi kurang. Gangguan pertumbuhan linier (*stunting*) akan berdampak terhadap pertumbuhan, perkembangan, kesehatan, dan produktivitas. Masalah gizi kurang jika tidak ditangani akan menimbulkan masalah yang lebih besar, bangsa Indonesia dapat mengalami *lost generation*.<sup>2</sup> Beberapa survei di Indonesia menunjukkan, prevalensi anak usia Balita dari tahun 1992 sampai dengan 2002 Indonesia masih mengalami stunting sekitar 30-40 persen.<sup>3</sup> Menurut data Riskesdas 2007, prevalensi anak *stunting* secara nasional sebesar 36,8 persen.<sup>4</sup> Angka ini menunjukkan bahwa Indonesia masih mengalami masalah *stunting* yang cukup serius dan harus segera ditangani.

Masalah *stunting* menunjukkan ketidakcukupan gizi dalam jangka waktu panjang, yaitu kurang energi dan protein, juga beberapa zat gizi mikro. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di wilayah miskin Peru yang menunjukkan, *stunting* disebabkan karena defisiensi zat gizi dan infeksi.<sup>5</sup> Selain faktor di atas, *stunting* juga dipengaruhi oleh berbagai faktor yang menentukan. Penelitian di Botswana, Afrika, mengenai faktor yang memengaruhi gizi kurang (*stunting*, *underweight*, *wasting*) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu dan pendapatan merupakan faktor yang signifikan berpengaruh terhadap gizi kurang.<sup>6</sup> Penelitian yang dilakukan oleh Ramli *et al* (2009) di Maluku Utara menunjukkan bahwa usia anak, jenis kelamin anak, jumlah makanan keluarga per hari, pendapatan serta pekerjaan ayah merupakan faktor risiko *stunting*.<sup>7</sup> Berbeda dengan dua penelitian di atas yang hanya menemukan faktor risiko, penelitian yang dilakukan oleh Reyes *et al* di wilayah

perdesaan dan perkotaan miskin Meksiko menemukan faktor pelindung (protektif) anak dari *stunting*, yaitu faktor pengasuhan. Anak-anak yang dirawat secara eksklusif oleh ibu terbukti terhindar dari *stunting*.<sup>8</sup> Selain faktor-faktor tersebut, sebenarnya akar permasalahan *stunting* adalah kemiskinan. Oleh karena itu kebijakan dan program perbaikan gizi dan kesehatan diprioritaskan pada keluarga miskin. Pada tahun 2007 sebesar 16,5 persen atau lebih dari 37 juta penduduk Indonesia tergolong miskin.<sup>9</sup> Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk menganalisis faktor determinan *stunting* pada anak 0-23 bulan di daerah miskin di Jawa Tengah dan Jawa Timur.

## TUJUAN

Tujuan analisis ini adalah untuk memberikan informasi mengenai faktor determinan *stunting* anak 0-23 bulan di daerah miskin di Jawa Tengah dan Jawa Timur.

## METODE

### Sumber Data dan Lokasi

Data yang digunakan adalah data sekunder dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Departemen Kesehatan, tahun 2007. Lokasi meliputi 40 kabupaten/kota, yang termasuk miskin (dengan persen kemiskinan >16,5%) di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur. Wilayah di Jawa Tengah dan Jawa Timur dipilih karena kemiskinan di Jawa Tengah dan Jawa Timur masih tinggi. Daerah tersebut merupakan wilayah yang luas sehingga memiliki jumlah penduduk yang besar dan kepadatan penduduk yang tinggi. Jumlah penduduk miskin di Jawa Tengah sebesar 20,4 persen, sedangkan di Jawa Timur sebesar 19,9 persen.<sup>9</sup>

### Sampel dan Cara Pemilihannya

Penentuan jumlah responden, yaitu dari 4.737 anak usia 0-23 bulan yang terdapat di 73 kabupaten/kota di Jawa Tengah dan Jawa Timur, disaring berdasarkan wilayah tinggal, termasuk kabupaten/kota miskin. Didapatkan 2.702 anak usia 0-23 bulan terpilih yang terdistribusi di 40 kabupaten/kota. Kemudian disaring kembali, berdasarkan kelengkapan data yang dipakai sebagai variabel sehingga didapatkan 932 sampel yang tersebar di 40 kabupaten/kota.

## Variabel

Variabel *dependen* adalah status *stunting* anak, sedangkan variabel *independen* adalah faktor anak (usia, jenis kelamin, status penyakit infeksi yang diderita, asupan gizi), faktor ibu (usia, pendidikan, status bekerja, status PHBS ibu), faktor keluarga (wilayah tempat tinggal, besar keluarga, jumlah Balita dalam keluarga, sanitasi lingkungan, akses pelayanan kesehatan dan status pemanfaatan pelayanan kesehatan). Data yang sudah dikategorikan dapat dilihat pada Tabel 1.

Asupan gizi dihitung berdasarkan MAR (*Mean Adequacy Rasio*). Perhitungan MAR menggunakan data hasil *recall* 1x24 jam. Hasil MAR dikategorikan menjadi asupan baik (85-100%) dan asupan kurang (<85%). Adapun tahapan penghitungannya sebagai berikut:

1. Menentukan AKG zat gizi sesuai usia  
**Standar BB menurut AKG x AKG zat gizi BB anak**
2. Menentukan NAR (*Nutrient Adequacy Ratio*)  
**Nilai zat gizi yang dikonsumsi**  
**Nilai AKG zat gizi**
3. Setelah NAR setiap zat gizi diketahui, berlaku syarat *truncated* 1  
Jika nilai NAR > 1, maka dianggap 1; misal: NAR Energi = 0,04 → 0,04.  
Jika nilai NAR = 1, maka tetap bernilai 1; misal: NAR Protein = 1,5 → 1.  
Jika nilai NAR < 1, maka digunakan nilai NAR asli; misal: NAR Fe = 1 → 1.
4. Kemudian menentukan MAR  
**NAR zat gizi yang sudah di turncated**  
**Jumlah zat gizi**

## Analisis Data

Data dianalisis dengan menggunakan SPSS versi 17. Data dianalisis melalui 3 tahap. Pertama, analisis univariat untuk menggambarkan distribusi data, yaitu frekuensi masing-masing variabel, baik variabel *dependen* maupun variabel *independen*. Kedua, analisis bivariat, yang dilakukan dengan membuat tabel silang 2x2

antara masing-masing variabel bebas dan variabel terikat dengan tujuan untuk menghitung nilai *odd ratio* (OR), yaitu risiko relatif antara kelompok *stunting* dan kelompok normal. Uji kemaknaan digunakan *chi square* dengan nilai signifikan  $p < 0,05$ . Ketiga, analisis multivariat dengan menggunakan regresi logistik.

## HASIL

### Karakteristik Responden, Ibu dan Keluarga

Sebesar 58,9 persen responden terdistribusi pada rentang usia 0-12 bulan dan lebih dari setengah responden (53,8%) merupakan anak laki-laki. Sebesar 36,3 persen responden menderita penyakit infeksi dan hampir seluruh responden (90,1%) termasuk anak dengan asupan gizi yang kurang. Sebesar 28,8 persen responden merupakan anak *stunting*.

Ibu Balita lebih banyak terdistribusi pada rentang usia 20-30 tahun sebesar 58,7 persen. Ini menunjukkan bahwa ibu Balita masih banyak yang berada pada rentang usia subur. Lebih dari setengah jumlah ibu responden (73,9%) berpendidikan rendah dan 67,3 persen merupakan Ibu Rumah Tangga (IRT) atau ibu yang tidak bekerja. Hampir seluruh ibu Balita (75,5%) adalah ibu yang memiliki perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang kurang baik.

Hampir seluruh responden (63,7%) tinggal di wilayah desa. Lebih dari setengah responden (54,2%) berasal dari keluarga besar, yaitu keluarga dengan jumlah anggota keluarga > 4 orang dan 15 persen responden memiliki keluarga dengan jumlah Balita antara 2-3 Balita dalam rumah tangga. Lebih dari setengah responden (61,8%) adalah keluarga yang memiliki sanitasi kurang baik. Hampir seluruh responden (86,6 %) merupakan keluarga yang memiliki kemudahan mengakses pelayanan kesehatan tetapi pemanfaatan akan pelayanan kesehatan yang tersedia masih kurang baik sebesar 58,2 persen (Tabel 1).

**Tabel 1**  
**Karakteristik Anak, Ibu dan Keluarga**

No	Karakteristik	N	%
<b>Anak</b>			
1	Usia anak:	11,97±5,49* 0-23**	*mean±std **min-ma
	• 0-6 bulan	182	19,5
	• 7-12 bulan	367	39,4
	• 13-18 bulan	237	25,4
	• 19-23 bulan	146	15,7
2	Jenis kelamin:		
	• Laki-laki	501	53,8
	• Perempuan	431	46,2
3	Penyakit Infeksi:		
	• Tidak infeksi	594	63,7
	• Infeksi	338	36,3
4	Asupan Gizi:		
	• Baik	92	9,9
	• Kurang	840	90,1
5	Status Gizi:		
	• Normal	664	71,2
	• <i>Stunting</i>	268	28,2
<b>Ibu</b>			
6	Usia ibu:	28,60±6,19* 13-50**	
	• 13-19 tahun	47	5,0
	• 20-30 tahun	547	58,7
	• 31-50 tahun	338	36,3
7	Pendidikan:		
	• ≥ SMP	243	26,1
	• < SMP	689	73,9
8	Status Bekerja:		
	• Tidak bekerja	627	67,3
	• Bekerja	305	32,7
9	PHBS:		
	• Baik	228	24,5
	• Kurang	704	75,5
<b>Keluarga</b>			
10	Wilayah Tempat Tinggal:		
	• Desa	594	63,7
	• Kota	338	36,3
11	Jumlah anggota keluarga:	4,95±1,56* 2-15**	
	• ≤ 4 orang	427	45,8
	• >4 orang	505	54,2
12	Jumlah Balita dalam keluarga:	1,16±0,38* 1-3**	
	• 1 Balita	792	85,0
	• 2-3 anak Balita	140	15,0
13	Sanitasi Lingkungan:		
	• Baik	356	38,2
	• Kurang	576	61,8
14	Akses pelayanan kesehatan:		
	• Mudah	807	86,6
	• Tidak Mudah	125	13,4
15	Pemanfaatan pelayanan kesehatan:		
	• Baik	390	41,8
	• Kurang	542	58,2
<b>Total</b>		<b>932</b>	<b>100,0</b>

\* mean± std \*\* range

**Faktor yang Berhubungan dengan Stunting**

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan stunting ( $p < 0,05$ ) adalah wilayah tempat

tinggal ( $p = 0,003$ ), umur ( $p = 0,001$ ) dan jenis kelamin anak ( $p = 0,01$ ) serta pendidikan ibu ( $p = 0,004$ ). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 2.

**Tabel 2**  
**Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Stunting Anak 0-23 bulan**

Peubah	Status Gizi				Total		P Value
	Normal		Stunting		n	%	
	n	%	n	%			
<b>Wilayah tinggal:</b>							0,003*
• Desa	403	60,7	191	71,3	594	63,7	
• Kota	261	39,3	77	28,7	338	36,3	
Jumlah anggota keluarga:							0,05
• ≤4 orang	318	47,9	109	40,7	427	45,8	
• >4orang	346	52,1	159	59,3	505	54,2	
Balita dalam keluarga:							0,96
• 1 Balita	565	85,1	227	84,7	792	85	
• 2-3 Balita	99	14,9	41	15,3	140	15	
Usia ibu:							0,56
• 13-19 tahun	35	5,3	12	4,5	47	5,0	
• 20-30 tahun	395	59,5	152	56,7	547	58,7	
• 31-50 tahun	234	35,2	104	38,8	338	36,3	
<b>Pendidikan</b>							0,004*
• Tinggi	191	28,8	52	19,4	243	26,1	
• Rendah	473	71,2	216	80,6	689	73,9	
Status Bekerja:							0,62
• Tidak bekerja	443	66,7	184	68,7	627	67,3	
• Bekerja	221	33,3	84	31,3	305	32,7	
Usia anak:							0,001*
• 0-6 bulan	147	22,1	35	13,1	182	19,5	
• 7-12 bulan	267	40,2	100	37,3	367	39,4	
• 13-18 bulan	158	23,8	79	29,5	237	25,4	
• 19-23 bulan	92	13,9	54	20,1	146	15,7	
Jenis kelamin:							0,010*
• Laki-laki	339	51,1	162	60,4	501	53,8	
• Perempuan	325	48,9	106	39,6	431	46,2	
Sanitasi Lingkungan:							0,66
• Baik	257	38,7	99	36,9	356	38,2	
• Kurang	407	61,3	169	63,1	576	61,8	
PHBS Ibu:							0,87
• Baik	161	24,2	67	25,0	228	24,5	
• Kurang	503	75,8	201	75,0	704	75,5	
Pemanfaatan pelayanan kesehatan							0,40
• Baik	284	42,8	106	39,6	390	41,8	
• Kurang	380	57,2	162	60,4	542	58,2	
Penyakit infeksi:							0,51
• Tidak infeksi	428	64,5	166	61,9	594	63,7	
• Infeksi	236	35,5	102	38,1	338	36,3	
Asupan Gizi:							0,33
• Baik	70	10,5	22	8,2	92	9,9	
• Kurang	594	89,5	246	91,8	840	90,1	
<b>Total</b>	<b>664</b>	<b>100,0</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	<b>932</b>	<b>100,0</b>	

\* signifikan  $p < 0,05$

### Faktor Determinan *Stunting* Anak Usia 0-23 Bulan

Hasil regresi logistik menunjukkan, faktor determinan yang memengaruhi *stunting* adalah wilayah tempat tinggal

dengan nilai OR = 0,68 (0,48-0,95), usia anak dengan nilai OR = 0,71 (0,53-0,96) dan jenis kelamin anak dengan nilai OR = 0,59 (0,44-0,79) serta pendidikan ibu dengan nilai OR = 1,56 (1,05-2,31) (lihat Tabel 3).

**Tabel 3**  
**Faktor Determinan Status Gizi Anak 0-23 bulan**

Peubah	B	OR (Exp B)	95% CI for Exp (B)		Sig
			Lower	Upper	
Wilayah tinggal (Desa = 0) Kota (1)	-0,38	0,68	0,48	0,95	0,02*
Pendidikan ibu ( $\geq$ SMP = 0) < SMP (1)	0,44	1,56	1,05	2,31	0,02*
Usia anak (13-23 bulan = 0) 0-12 bulan (1)	-0,51	0,59	0,44	0,79	0,001*
Jenis kelamin (Laki-laki = 0) Perempuan (1)	-0,33	0,71	0,53	0,96	0,03*

\*signifikan  $P < 0,05$

## BAHASAN

### Faktor yang Berhubungan dengan *Stunting*

Wilayah tempat tinggal yang tidak kondusif dapat berpengaruh terhadap status gizi anak. Hasil uji statistik penelitian ini menunjukkan, ada hubungan bermakna antara wilayah tempat tinggal dengan status *stunting* ( $p < 0,05$ ). Tabel 1 menunjukkan, sebesar 71,3 persen anak yang tinggal di desa menderita *stunting*. Hal ini disebabkan karena sanitasi lingkungan yang kurang baik, penyakit infeksi yang diderita anak dan asupan gizi anak yang kurang masih besar jumlahnya di wilayah perdesaan daripada di wilayah perkotaan.

Peran ibu sangat penting dalam menjaga status gizi Balita. Pryer *et al*<sup>10</sup> dalam penelitiannya menunjukkan, usia ibu dan pendidikan ibu memiliki hubungan bermakna dengan status gizi anak. Tabel 1 menunjukkan, ibu yang berusia 20-30 tahun memiliki anak *stunting* sebesar 56,7 persen. Anak yang berasal dari ibu berpendidikan rendah menderita *stunting* sebesar 80,6 persen. Sebesar 68,7 persen ibu yang tidak bekerja memiliki anak *stunting*. Fenomena yang menarik di sini adalah anak yang memiliki ibu berusia 20-30 tahun memiliki anak *stunting* yang lebih besar jumlahnya daripada ibu berusia 31-50. Hal ini diduga karena frekuensi anak dengan ibu berusia 20-30 tahun lebih besar jumlahnya dibandingkan dengan anak dengan ibu berusia 13-19 tahun dan 31-50 tahun, sehingga kemungkinan anak yang *stunting*

banyak terdistribusi pada anak yang memiliki ibu berusia 20-30 tahun. Hal ini didukung dengan hasil tabulasi silang yang menunjukkan, PHBS ibu kurang baik, sanitasi lingkungan yang kurang baik, penyakit infeksi yang diderita anak, dan asupan gizi anak yang kurang, masih besar jumlahnya terdapat pada anak yang memiliki ibu berusia 20-30 tahun daripada anak yang memiliki ibu berusia 13-19 dan 31-50 tahun. Hasil uji statistik usia dan status bekerja ibu menunjukkan tidak berhubungan ( $P > 0,05$ ), sedangkan pendidikan ibu berhubungan dengan *stunting* ( $p < 0,05$ ).

Usia anak dan jenis kelamin dalam beberapa penelitian merupakan faktor yang berhubungan dengan status gizi. Anak laki-laki mendapat prioritas yang lebih tinggi daripada anak perempuan. Dari penelitian diperoleh data bahwa kekurangan gizi banyak terdapat pada anak-anak perempuan daripada anak laki-laki.<sup>11</sup> Berbeda dengan hal tersebut, penelitian yang dilaporkan Mahgoup, di daerah kumuh di Afrika menunjukkan bahwa kejadian *underweight* dan *stunting* secara signifikan lebih umum terjadi pada anak laki-laki daripada anak perempuan.<sup>6</sup> Tabel 1 menunjukkan, anak usia 7-12 bulan yang menderita *stunting* sebesar 37,3 dan 60,4 persen adalah anak laki-laki. Fenomena ini diduga karena frekuensi anak yang berusia 7-12 bulan lebih besar jumlahnya dari anak yang ada pada kelompok usia lain sehingga kemungkinan anak yang *stunting* banyak terdistribusi pada anak berusia 7-12 bulan. Hal ini didukung

dengan hasil tabulasi silang yang menunjukkan sanitasi lingkungan yang kurang baik, penyakit infeksi yang diderita anak dan asupan gizi anak yang kurang masih besar jumlahnya terdapat pada anak yang berusia 7-12 bulan daripada anak yang ada pada kelompok usia lain. Untuk jenis kelamin, hasil tabulasi silang menunjukkan penyakit infeksi yang diderita anak dan asupan gizi anak yang kurang masih besar jumlahnya terdapat pada anak laki-laki daripada anak perempuan. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan bermakna, baik antara usia maupun jenis kelamin dengan status gizi ( $p < 0,05$ ).

### Faktor Determinan Stunting Anak Usia 0-23 Bulan

Akar dari masalah gizi (*stunting*, *underweight* dan *wasting*) adalah kemiskinan. Selain kemiskinan ada faktor lain yang dapat memengaruhi *stunting* pada anak. Kejadian *stunting* dipengaruhi oleh wilayah tempat tinggal. Penelitian di wilayah kumuh kota Botswana yang dilakukan oleh Mahgoup<sup>6</sup> menunjukkan bahwa anak yang tinggal di wilayah ini signifikan terkena *wasting*, *stunting*, dan *underweight*. Berbeda dengan hasil penelitian tersebut dalam penelitian ini responden yang tinggal di wilayah kota memiliki efek protektif atau risiko lebih rendah 32 persen terhadap *stunting* dibandingkan dengan anak yang tinggal di perdesaan dengan nilai OR = 0,68 (0,48-0,95). Fenomena ini diduga karena wilayah kota adalah tempat dimana terbukanya lapangan pekerjaan yang lebih beragam sehingga orangtua lebih mudah mendapatkan pekerjaan dengan gaji yang lebih tinggi dari pekerjaan di desa. Hal ini memungkinkan orangtua untuk memenuhi kebutuhan gizi dan makanan anak sehingga terhindar dari *stunting*.

Usia adalah faktor internal anak yang memengaruhi kejadian *stunting*. Menurut Martorell *et al* dalam Astari<sup>1</sup> menyatakan, gangguan linier (*stunting*) postnatal terjadi mulai usia 3 bulan pertama kehidupan, suatu periode di mana terjadi penurunan pemberian ASI, makanan tambahan mulai diberikan dan mulai mengalami kepekaan terhadap infeksi. Studi gangguan pertumbuhan linier di Gambia melaporkan kejadian *stunting* pada anak 6-20 bulan berkorelasi dengan penyakit anemia, malaria parasitemia dan defisiensi protein akut.<sup>1</sup> Hasil analisis regresi logistik menunjukkan, anak berusia 0-12 bulan memiliki efek protektif atau risiko lebih rendah 41 persen terhadap *stunting* dibandingkan dengan anak

berusia 13-23 bulan dengan nilai OR = 0,59 (0,44-0,79). Hal ini diduga karena pada usia 0-6 bulan ibu memberikan ASI eksklusif yang dapat membentuk daya imun anak sehingga anak dapat terhindar dari penyakit infeksi, setelah usia 6 bulan anak diberikan makanan pendamping ASI dalam jumlah dan frekuensi yang cukup sehingga anak terpenuhi kebutuhan gizinya yang menghindarkannya dari *stunting*.

Selain usia, jenis kelamin anak juga memengaruhi kejadian *stunting*. Hasil analisis regresi logistik menunjukkan, anak perempuan memiliki efek protektif atau risiko lebih rendah 29 persen terhadap *stunting* dibandingkan dengan anak laki-laki dengan nilai OR = 0,71 (0,53-0,96). Hal ini diduga karena faktor kecemasan atau kekhawatiran ibu serta kedekatan ibu terhadap anak perempuan. Anak perempuan dianggap anak yang lemah sehingga mendapatkan perhatian ekstra dibandingkan dengan anak laki-laki yang dianggap lebih kuat. Selain itu anak laki-laki cenderung memiliki aktivitas bermain yang lebih aktif dibandingkan dengan anak perempuan sehingga banyak energi yang keluar. Jika tidak diimbangi dengan asupan gizi dan makanan yang cukup dapat mencetus *stunting*. Sejalan dengan hal tersebut, Mahgoup<sup>6</sup> dalam penelitiannya menunjukkan hasil bahwa kejadian *wasting*, *stunting* dan *undernutrition* secara signifikan lebih umum terjadi pada anak laki-laki daripada anak perempuan.

Tingkat pendidikan ibu memengaruhi kejadian *stunting* anak. Pendidikan ibu akan memengaruhi pengetahuan mengenai praktik kesehatan dan gizi anak sehingga anak berada dalam keadaan status gizi yang baik. Judith dan Stand<sup>12</sup> dalam penelitiannya di Filipina menunjukkan bahwa pendidikan ibu memengaruhi kejadian *wasting* dan *stunting*. Sejalan dengan itu Semba *et al*<sup>3</sup> dalam penelitiannya menunjukkan bahwa pendidikan ibu merupakan penentu kejadian *stunting* di Indonesia dan Bangladesh. Hasil regresi logistik menunjukkan tingkat pendidikan ibu memiliki pengaruh terhadap status gizi dengan nilai OR = 1,56 (1,05-2,31). Hal ini menunjukkan ibu dengan tingkat pendidikan < SMP memiliki peluang 1,56 kali memiliki anak dengan status *stunting* dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan  $\geq$  SMP. Ibu yang memiliki pendidikan  $\geq$  SMP cenderung lebih baik dalam pola asuh anak serta lebih baik dalam pemilihan jenis makanan anak. Hal ini dikarenakan ibu dengan pendidikan  $\geq$  SMP memiliki peluang lebih besar dalam mengakses informasi mengenai status gizi

dan kesehatan anak sehingga pengetahuannya meningkat. Kemudian informasi tersebut dipraktikkan dalam proses perawatan anak yang akan berimbas pada status gizi dan kesehatan anak yang lebih baik.

## KESIMPULAN

Dari hasil analisis dapat disimpulkan bahwa sampel yang tinggal di wilayah kota memiliki efek protektif atau risiko lebih rendah 32 persen terhadap *stunting* dibandingkan dengan anak yang tinggal di perdesaan. Anak yang berusia 0-12 bulan memiliki efek protektif atau risiko lebih rendah 41 persen terhadap *stunting* dibandingkan dengan anak yang berusia 13-23 bulan. Anak perempuan memiliki efek protektif atau risiko lebih rendah 29 persen terhadap *stunting* dibandingkan dengan anak laki-laki dengan nilai OR=0,71 (0,53-0,96).

Ibu dengan tingkat pendidikan < SMP memiliki risiko 1,56 kali memiliki anak dengan status *stunting* dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan  $\geq$  SMP.

## SARAN

Perlu peningkatan KIE ibu, baik yang berada di wilayah kota maupun desa, yang berhubungan dengan informasi mengenai pangan dan gizi serta kesehatan sehingga derajat pengetahuan ibu meningkat. Diharapkan ibu dapat mengaplikasikan pengetahuan tersebut ke dalam keluarga sehingga ibu dapat secara adil atau tidak membedakan pola asuh dan pemberian makanan berdasarkan usia dan jenis kelamin pada anggota keluarganya.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, yang telah memberikan dana pada penelitian ini dan tim Manajemen Data Badan Litbangkes atas pemberian data Riskesdas 2007 yang dibutuhkan dalam penelitian ini.

## RUJUKAN

1. Astari LD. Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Kejadian *Stunting* Anak Usia 6-12 Bulan di Kabupaten Bogor. *Tesis*. Bogor: Sekolah Pascasarjana Institut Pertanian Bogor, 2006.
2. Soekirman. 2005. Perlu Paradigma Baru untuk Menanggulangi Masalah Gizi Makro di Indonesia. Jakarta:

<http://www.gizi.net/makalah/download/prof-soekirman.pdf>. Diakses tanggal 9 April 2009.

3. Atmarita dan Fallah TS. Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII, Jakarta 17-19 mei 2004. Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi. LIPI, Jakarta 2004.
4. Departemen Kesehatan - Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2008. Laporan Nasional. Jakarta: Balitbangkes, Depkes RI, 2008.
5. Victoria CG, Morris SS, Barros FC, Horta BL, Weiderpass E, Tomasi E. Breastfeeding and Growth in Brazilian infant. *Am J Clin Nutr*. 1998;67:452-458.
6. Mahgoup, Salah EO, *et al*. Factor Affecting Prevalence of Malnutrition Among Children Under Three Years Og Age In Botswana. *AJFAND Online*. 2006. 6(1).
7. Ramli, Agho KE, Inder KJ, Bowe SJ, Jacobs J, Dibley MJ. Prevalence and risk factors for stunting and severe stunting among under-fives in North Maluku Province of Indonesia. *BMC Pediatrics* 2009, 9:64.
8. Reyes H. *et al*. The Family as A determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: a case-control study. *BMC Public Health* 2004, 4:57.
9. [BPS] Badan Pusat Statistik. *Data dan Informasi Kemiskinan Tahun 2007 Kabupaten/Kota*. Jakarta: BPS, 2007
10. Pryer J, Roger S, Rahman A. The epidemiology of good nutritional status among children from a population with high prevalence of malnutrition. Dhaka, Bangladesh. *Public Health Nutrition*. 2003 ; 7(2) 311-317.
11. Khumaidi M. *Gizi Masyarakat*. Bogor: Pusat Antar Universitas Pangan dan Gizi. Institut Pertanian Bogor. 1989.
12. Judith AR, Stan B. Risk factors for wasting and stunting among children in Metro Cebu, Filipinnes. *Am J Nutr*. 1996;63: 966-75.
13. Semba RD *et al*. Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: a cross-sectional study. *Lancet*. 2008; 26; 371(9609):322-8.