

**RISIKO PENDIDIKAN IBU TERHADAP KEJADIAN STUNTING PADA ANAK 6-23 BULAN
(MATERNAL EDUCATION AS RISK FACTOR STUNTING OF CHILD 6-23 MONTHS-OLD)**

Atikah Rahayu, dan Laily Khairiyati

Bagian Gizi Prodi Kesehatan Masyarakat, FK Universitas Lambung Mangkurat, Banjarbaru, Banjarmasin
E-mail: nindya.fitria@gmail.com

Diterima: 17-04-2014

Direvisi: 27-11-2014

Disetujui: 05-12-2014

ABSTRACT

Malnutrition contributes to underlying cause of death of Indonesian underfives children. One of the consequences of malnutrition in long time period is growth failure that is stunting. Low education of mother is important risk factor for stunting. The aimed of study was to confirm whether maternal education for child stunting in Banjarbaru. Cross-sectional design was implied to and 51 children aged 6-23 months old were enrolled in study, which run for three months in the year 2013. Maternal education was calculated by year complete of schooling and stunting was by z-score of height for age. Statistical test for data analysis used chi-square test with 95% confidence interval (CI). Result showed that there a significant association ($p < 0.05$) between maternal education and incidence of stunting in children 6-23 months of age. Mother with low education level had 5,1 fold risk to have child stunting. The study confirmed that maternal education had an important risk to child stunting aged 6-23 months old at least in the study site.

Keywords: children 6-23 months of age, maternal education, stunting

ABSTRAK

Kekurangan gizi menjadi salah satu penyebab kematian balita di Indonesia. Konsekuensi kurang zat gizi dalam jangka waktu lama adalah gagal tumbuh. Pendidikan ibu yang rendah merupakan factor risiko yang penting pada pertumbuhan anak. Tujuan penelitian adalah mengkaji risiko tingkat pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* pada anak berumur 6-23 bulan. Desain penelitian adalah *cross-sectional* dengan besar sampel 51 anak berumur 6-23 bulan. Penelitian dilakukan selama 3 bulan di Cempaka, Banjarbaru tahun 2013. Tingkat pendidikan ibu ditentukan dengan pendidikan formal yang telah diselesaikan, *stunting* ditentukan dengan indikator z-score untuk panjang badan menurut umur. Data dianalisis dengan uji *chi-square* dengan *confidence interval* (CI) 95%. Pada penelitian ini ditemukan hubungan yang bermakna ($p < 0.05$) antara pendidikan ibu dengan kejadian stunting pada anak usia 6-23 bulan di Banjar baru. Ibu dengan tingkat pendidikan rendah berisiko 5,1 kali lebih besar memiliki anak stunting. Pendidikan ibu mempunyai peranan penting dalam kejadian stunting anak umur 6-23 bulan di Cempaka, Banjarbaru. [**Penel Gizi Makan 2014, 37(2): 129-136**]

Kata kunci: bawah dua tahun, tingkat pendidikan ibu, *stunting*

PENDAHULUAN

Pembangunan suatu bangsa bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan setiap warga negara. Ukuran kualitas sumberdaya manusia dilihat dari indeks pembangunan manusia (IPM), sedangkan ukuran kesejahteraan masyarakat dilihat dari tingkat kemiskinan dan status gizi masyarakat¹. Salah satu permasalahan yang dihadapi bangsa Indonesia saat ini adalah rendahnya kualitas sumber daya manusia (SDM)². Kondisi ini dapat berawal dari masalah kurang energi protein (KEP) sebagai salah satu masalah gizi utama yang terjadi pada anak-anak dibawah dua tahun (baduta).

Salah satu akibat anak yang mengalami kekurangan gizi dalam waktu yang lama adalah gagal tumbuh, yaitu *stunting*. Keadaan ini banyak terjadi di banyak negara berkembang³. *Stunting* juga dihubungkan dengan perkembangan kognitif yang merugikan pada anak-anak dan dewasa, singkatnya masa sekolah, penurunan produktivitas, serta kurangnya tinggi badan pada orang dewasa tidak mencapai potensial tumbuhnya⁴.

Masa dua tahun pertama kehidupan merupakan masa yang sangat peka terhadap lingkungan dan masa ini berlangsung sangat singkat serta tidak dapat diulang lagi, maka masa baduta disebut sebagai "masa emas" atau *window of opportunity* atau masa kritis. Salah satu indikator masa kritis adalah ketika anak lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Prevalensi BBLR nasional sebesar 11,1 persen, namun prevalensi ini lebih rendah dibanding prevalensi BBLR Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 16,6 persen dan Banjarbaru sebesar 14,7 persen^{5,6}.

Besarnya prevalensi BBLR dapat disebabkan oleh beberapa faktor risiko. Menurut Soekirman dan UNICEF bahwa status gizi rendah secara langsung dapat dipengaruhi oleh asupan zat gizi yang rendah dan keganasan penyakit infeksi. Asupan gizi rendah dapat disebabkan ketersediaan pangan tingkat rumah tangga yang tidak cukup. Ketersediaan pangan ini akan terpenuhi, jika daya beli masyarakat cukup. Sosial ekonomi masyarakat merupakan faktor yang turut berperan dalam menentukan daya beli keluarga. Salah satu parameter untuk menentukan sosial ekonomi keluarga adalah tingkat pendidikan, terutama tingkat pendidikan pengasuh anak. Peranan ibu sebagai pengasuh utama anaknya sangat diperlukan mulai dari pembelian hingga penyajian makanan. Jika pendidikan dan pengetahuan ibu rendah akibatnya ia tidak

mampu untuk memilih hingga menyajikan makanan untuk keluarga memenuhi syarat gizi seimbang^{7,8}.

Hal ini senada dengan hasil penelitian di Meksiko bahwa pendidikan ibu sangat penting dalam hubungannya dengan pengetahuan gizi dan pemenuhan gizi keluarga khususnya anak, karena ibu dengan pendidikan rendah antara lain akan sulit menyerap informasi gizi sehingga anak dapat berisiko mengalami *stunting*^{9,10}.

Data nasional menunjukkan bahwa prevalensi *stunting* di Kalimantan Selatan sebesar 39,4 persen dan prevalensi ini lebih tinggi dibanding prevalensi *stunting* nasional sebesar 35,6 persen⁵. Begitupun halnya dengan Kota Banjarbaru, data *stunting* terbesar pada wilayah Kecamatan Cempaka yaitu sebesar 23,69 persen dan gizi kurang sejumlah 17,7 persen. Kondisi ini sangat memprihatinkan mengingat Kota Banjarbaru pada umumnya memiliki strata pendidikan masyarakat menengah atas⁶. Berdasarkan permasalahan tersebut, maka diperlukan studi untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* pada anak periode *window of opportunity* di wilayah Puskesmas Cempaka, Banjarbaru.

METODE

Desain penelitian menggunakan *cross-sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Puskesmas Cempaka Banjarbaru dengan waktu penelitian selama tiga bulan pada tahun 2013. Pemilihan wilayah puskesmas berdasarkan *purposive* karena kejadian *stunting* di wilayah tersebut cukup tinggi. Populasi adalah ibu-ibu yang memiliki baduta di wilayah kerja Puskesmas Cempaka. Sampel adalah pasangan ibu dan anak umur 6-23 bulan yang tinggal hanya di wilayah kerja Puskesmas Cempaka. Kriteria inklusi sampel adalah ibu bersedia menandatangani *informed consent*, anak sehat, dan tidak memiliki cacat bawaan. Adapun teknik pengambilan sampel adalah dari Jumlah anak pada periode *Window of Opportunity* 0-2 tahun terdaftar sebanyak 12.626 orang, kemudian besar sampel dihitung menggunakan rumus slovin dengan hasil berjumlah 51 sampel. Mengacu pada kriteria inklusi sampel yang telah ditentukan, sampel dipilih secara random pada 3 (tiga) posyandu yang tersebar di wilayah puskesmas Cempaka. Posyandu A diambil sebesar 19 sampel, posyandu B sebesar 14 sampel dan posyandu C diambil sejumlah 18 sampel, sehingga semua jumlah sampel sebesar 51 sampel.

Data ibu yang dikumpulkan antara lain

tingkat pendidikan ibu dan pekerjaan ibu, tingkat pendidikan ayah dan pekerjaan ayah, tinggi badan ibu dan ayah, penghasilan keluarga dan pengetahuan gizi ibu. Data anak yang dikumpulkan antara lain panjang badan, umur, dan jenis kelamin. Anak dikategorikan sangat pendek bila panjang menurut umur (z -skor $< -3,0$ SD); dan pendek bila panjang badan menurut umur (≥ -3 SD s.d < -2 SD) dan tidak pendek/ normal bila panjang badan menurut umur (≥ -2 SD) berdasarkan WHO antropometri 2006. Kategori pendidikan berdasarkan wajib belajar yaitu kategori rendah bila tingkat pendidikan SMP kebawah, dan kategori tinggi bila tingkat pendidikan SMA keatas. Sosial ekonomi keluarga termasuk kategori rendah bila $< \text{Rp.1.126.000,-}$ dan tinggi $\geq \text{Rp.1.126.000,-}$ (menurut Upah Minimum Regional/bulan kabupaten/kota Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2011).

Tinggi badan ayah/ibu merupakan panjang skeletal tubuh orang tua berdasarkan pengukuran tinggi badan menurut umur. Menurut Hizni *et al*, bahwa tinggi badan ayah dapat dikategorikan menjadi < -2 SD (< 160 cm) dan ≥ -2 SD (≥ 160 cm), dan menurut hasil riseksdas bahwa tinggi badan ibu didapat dikategorikan menjadi < -2 SD (< 150 cm) dan ≥ -2 SD (≥ 150 cm) pada ibu^{10,11}. Besar keluarga merupakan banyaknya anak yang dikategorikan menjadi besar, jika jumlah anak ≥ 3 orang dan kecil jika jumlah anak < 3 orang. Pekerjaan ayah/ibu merupakan kedudukan atau posisi seseorang dalam kelompok masyarakat yang dapat dilihat dari aktivitasnya sehari-hari dan menghasilkan pendapatan yang dikategorikan menjadi bekerja dan tidak bekerja. Orang tua yang bekerja, selain aktif dan menghasilkan pendapatan, mereka dapat bekerja sebagai pegawai negeri sipil, wiraswasta, petani, nelayan, buruh, layanan jasa maupun pekerjaan lainnya yang dapat menghasilkan uang. Sedangkan penilaian tingkat pengetahuan gizi ibu diukur dari jawaban ibu dalam mengisi kuesioner pengetahuan yang memuat tentang informasi gizi seperti kandungan zat gizi yang terdapat pada bahan makanan sumber energi, protein, karbohidrat, dan lemak, selain itu informasi gizi terkait manfaat zat gizi tersebut bagi tubuh baduta serta dampak yang ditimbulkannya. Tingkat pengetahuan gizi ini dikategorikan menjadi 2 (dua) yaitu tingkat pengetahuan gizi ibu tinggi, jika ibu dapat menjawab pertanyaan dengan benar $>$ rerata (skor) dan rendah jika ibu menjawab pertanyaan dengan benar \leq (skor).

Instrumen yang digunakan untuk mengetahui data ibu seperti tingkat pendidikan ibu dan pekerjaan ibu, tingkat pendidikan ayah dan pekerjaan ayah, tinggi badan ibu dan ayah, sosial ekonomi keluarga serta besar keluarga menggunakan formulir isian identitas responden. Pengetahuan gizi ibu diukur dengan menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitas. Pengumpulan data antropometri panjang badan anak diukur oleh tenaga terlatih menggunakan *length board* dan tinggi badan ayah/ibu diukur menggunakan microtoise dengan ketelitian 0,1 cm. Umur dan jenis kelamin anak diketahui dengan wawancara. Analisis data dilakukan melalui 3 tahap yaitu analisis deskriptif menggunakan tabel distribusi frekuensi dan persentase.

Analisis data meliputi analisis univariat dan bivariat. Analisis bivariat menggunakan uji *chi square* (X^2) pada tingkat kemaknaan 95 persen, dipergunakan untuk mengetahui hubungan karakteristik keluarga dengan kejadian *stunting* pada baduta.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan karakteristik keluarga baduta sebagian besar memiliki ayah dan ibu berpendidikan rendah masing-masing sebesar 82,4 persen dan 68,6 persen. Ibu yang memiliki tingkat pengetahuan gizi kategori rendah yaitu sebesar 78,4 persen. Strata sosial ekonomi sebagian besar terdapat pada penghasilan $< \text{Rp.1.126.000,-}$ sebesar 88,2 persen dengan status pekerjaan ayah sebagian besar bekerja sejumlah 98,1 persen. Tinggi badan ayah secara umum sebagian besar masuk kategori tinggi ≥ -2 SD (> 160 cm) sebesar 88,2 persen, tinggi ibu pada kategori rendah < -2 SD (≤ 150 cm) sejumlah 66,7 persen dengan sebagian besar responden memiliki anggota keluarga < 3 orang sebesar 98,1 persen.

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar baduta yang mengalami *stunting* terdapat pada ayah dan ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah masing-masing sebesar 84,6 persen. Dengan tingkat pendidikan rendah ini, sosial ekonomi keluarga sebagian besar hanya mampu mencapai penghasilan $< \text{Rp.1.126.000,-}$ yaitu sejumlah 92,3 persen pada baduta yang mengalami *stunting* maupun sebesar 84 persen pada baduta yang tidak mengalami *stunting*. Dengan penghasilan keluarga ini menunjukkan bahwa sebagian besar sosial ekonomi keluarga masih di bawah upah minimum regional khususnya wilayah Banjarbaru.

Tabel 1
Distribusi Karakteristik Keluarga Baduta

Karakteristik keluarga	n	%
Tingkat Pendidikan ayah		
Rendah (SMP ke bawah)	42	82,4
Tinggi (SMA ke atas)	9	17,6
Tingkat Pendidikan ibu		
Rendah (SMP ke bawah)	35	68,6
Tinggi (SMA ke atas)	16	31,4
Sosial Ekonomi keluarga (menurut UMR Kalsel tahun 2011)		
< Rp.1.126.000,-	45	88,2
≥ Rp.1.126.000,-	6	11,8
Tinggi badan ayah (Hizni, 2010)		
< -2 SD (<160 cm)	6	11,8
≥ -2 SD (≥160 cm)	45	88,2
Tinggi badan ibu (RKD, 2013)		
< -2 SD (<150 cm)	34	66,7
≥ -2 SD (≥150 cm)	17	33,3
Besar Keluarga (BKKBN, 2010)		
Besar (≥3 orang)	1	1,9
Kecil (<3 orang)	50	98,1
Status Pekerjaan ayah		
Tidak bekerja	1	1,9
Bekerja	50	98,1
Status Pekerjaan ibu		
Tidak Bekerja	48	5,9
Bekerja	3	94,1
Tingkat Pengetahuan gizi ibu		
Rendah (≤ 75)	40	78,4
Tinggi (76-100)	11	21,6

Selain itu, rendahnya tingkat pendidikan ibu tidak berbanding lurus dengan tingkat pengetahuan gizi ibu dan status *stunting* yang dialami baduta, hal ini diketahui dari hasil penelitian ini bahwa sebagian besar ibu yang memiliki tingkat pengetahuan gizi rendah terdapat pada baduta yang mengalami *stunting* yaitu sebesar 92,3 persen.

Ayah yang memiliki tinggi badan kategori pada ≥ -2 SD, belum tentu memiliki anak memiliki tinggi badan pada kategori yang sama, hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian ini bahwa sebagian besar baduta yang mengalami *stunting* memiliki ayah memiliki tinggi badan kategori tinggi (≥ -2 SD) yaitu sebesar 24 orang (92,3%). Sedangkan ibu yang memiliki tinggi badan kategori < -2 SD, sebagian besar memiliki baduta yang mengalami *stunting* yaitu sejumlah 19 orang (73,1%).

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar baduta yang *stunting* memiliki ayah

dengan tinggi badan kategori ≥ -2 SD sebesar 24 orang (92,3%) dan baduta *stunting* memiliki ibu dengan tinggi badan kategori < -2 SD sebanyak 19 orang (73,1%). Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* adalah 0,419 (tinggi badan ayah) dan *p-value* adalah 0,488 (tinggi badan ibu); ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna hubungan antara tinggi badan ayah dan ibu dengan kejadian *stunting* pada balita periode *window of opportunity*.

Selain itu sebagian besar balita yang mengalami *stunting* memiliki ibu dengan tingkat pengetahuan gizi kategori rendah sebesar 24 orang (92,3%). Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai *p-value* adalah 0,288; hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan gizi ibu dengan kejadian *stunting* pada balita periode *window of opportunity*

.Baduta yang mengalami *stunting* di wilayah Puskesmas Cempaka, Banjarbaru disebabkan oleh tingkat pendidikan ibu (p -value=0,027). Nilai OR hasil analisis ini adalah

5,1, artinya bahwa ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah berpeluang 5,1 kali lebih besar mempunyai anak umur 6-23 bulan mengalami *stunting*.

Tabel 2
Distribusi Karakteristik Keluarga Baduta menurut Status Gizi Anak

Karakteristik keluarga	Status Gizi			
	Stunting		Tidak stunting	
	n	%	n	%
Tingkat Pendidikan ayah				
Rendah (SMP ke bawah)	22	(84,6)	20	(80,0)
Tinggi (SMA ke atas)	4	(15,4)	5	(20,0)
Tingkat Pendidikan ibu				
Rendah (SMP ke bawah)	22	(84,6)	13	(52,0)
Tinggi (SMA ke atas)	4	(15,4)	12	(48,0)
Sosial Ekonomi keluarga (menurut UMR)				
< Rp.1.126.000,-	24	(92,3)	21	(84,0)
≥ Rp.1.126.000,-	2	(7,7)	4	(16,0)
Tinggi badan ayah				
< -2 SD (<160 cm)	2	(7,7)	4	(16,0)
≥ -2 SD (≥160 cm)	24	(92,3)	21	(84,0)
Tinggi badan ibu				
< -2 SD (<150 cm)	19	(73,1)	15	(60,0)
≥ -2 SD (≥150 cm)	7	(26,9)	10	(40,0)
Besar Keluarga				
Besar (≥3 orang)	0	(0)	1	(4,0)
Kecil (<3 orang)	26	(100,0)	24	(96,0)
Status Pekerjaan ayah				
Tidak bekerja	1	(3,8)	0	(0)
Bekerja	25	(96,1)	25	(100,0)
Status Pekerjaan ibu				
Bekerja	1	(3,8)	2	(8,0)
Tidak Bekerja	25	(96,1)	23	(92,0)
Tingkat Pengetahuan gizi ibu				
Rendah (≤75)	24	(92,3)	16	(64,0)
Tinggi (76-100)	2	(7,7)	9	(36,0)

Tabel 3
Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Status Gizi Anak

Karakteristik	Status Gizi				OR (95%CI)	p-Value
	Stunting		Tidak stunting			
	n	%	n	%		
Tingkat pendidikan ayah						
Rendah (SMP ke bawah)	22	(84,6%)	20	(80,0%)	1,38 (0,27-7,29)	0,726
Tinggi (SMA ke atas)	4	(15,4%)	5	(20,0%)		
Tingkat pendidikan ibu						
Rendah (SMP ke bawah)	22	(84,6%)	13	(52,0%)	5,1 (1,35-19,07)	0,027*
Tinggi (SMA ke atas)	4	(15,4%)	12	(48,0%)		
Tinggi badan ayah						
< -2 SD (≤160 cm)	2	(7,7%)	4	(16,0%)	0,44 (0,05-3,24)	0,419
≥ -2 SD (>160 cm)	24	(92,3%)	21	(84,0%)		
Tinggi badan ibu						
< -2 SD (≤150 cm)	19	(73,1%)	15	(60,0%)	1,81 (0,48-6,96)	0,488
≥ -2 SD (>150 cm)	7	(26,9%)	10	(40,0%)		
Tingkat pengetahuan gizi ibu						
Rendah (≤75)	24	(92,3%)	16	(64,0%)	0,75 (0,11-4,48)	0,288
Tinggi (76-100)	2	(7,7%)	9	(36,0%)		

*bermakna secara statistik (<0,05)

BAHASAN

Pendidikan ibu memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian *stunting* ($p < 0,05$) (Tabel 3). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hizni di Kota Cirebon yang menunjukkan bahwa ibu yang memiliki pendidikan rendah berisiko memiliki anak *stunted* 2,22 kali lebih besar dibandingkan ibu berpendidikan tinggi¹⁰. Tingkat pendidikan, khususnya tingkat pendidikan ibu mempengaruhi derajat kesehatan. Hal ini terkait peranannya yang paling banyak pada pembentukan kebiasaan makan anak, karena ibulah yang mempersiapkan makanan mulai mengatur menu, berbelanja, memasak, menyiapkan makanan, dan mendistribusikan makanan.

Selain itu, 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 baik¹².

Menurut hasil penelitian di Mexico bahwa apabila tingkat pendidikan ibu rendah, maka peningkatan status sosial ekonomi harus diiringi dengan perubahan perilaku dan komunikasi yang efektif untuk mencegah *stunting* pada anak dan untuk melindungi ibu dari ketidakseimbangan berat badan⁹. Senada dengan hasil penelitian di Mexico, hasil penelitian Monteiro di Brazil dan Peru menemukan bahwa ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi dapat menurunkan prevalensi *stunting* pada anak¹³.

Tidak diperoleh perbedaan nilai signifikansi yang bermakna antara tinggi badan ayah dan ibu pada anak yang mengalami *stunting* dan tidak *stunting*. Menurut Unicef bahwa faktor penyebab secara langsung kurang gizi adalah ketidakcukupan makanan yang dikonsumsi dan penyakit infeksi yang mungkin alami oleh anak. Selain itu, rendahnya ketahanan pangan rumah tangga, pola asuh anak yang tidak memadai, kurangnya sanitasi lingkungan, serta pelayanan kesehatan yang tidak memadai merupakan pokok masalah gizi kurang pada anak⁸.

Berbeda dengan hasil penelitian Dangour di Kazakhstan membuktikan adanya hubungan yang bermakna antara tinggi badan ibu dengan tinggi badan anak yang berusia 6

sampai 59 bulan¹⁴. Menurut Astari bahwa tinggi badan orang tua berhubungan dengan pertumbuhan fisik anak. Ibu yang pendek merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting*¹⁵. Selain itu, menurut Hanum bahwa ibu yang memiliki tinggi badan pendek (TB < 150 cm) akan meningkatkan kejadian *stunting* pada anak¹⁶. Penelitian ini tidak meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi tinggi badan ibu maupun ayah, sehingga tidak dapat dibedakan apakah tinggi badan ayah maupun ibu dipengaruhi oleh faktor genetik atau malnutrisi.

Penelitian yang dilakukan oleh Arnelia menemukan hubungan yang positif antara tingkat pendidikan ibu dengan pengetahuan gizi dan kesehatan keluarga¹⁷. Hal ini didukung oleh penelitian ini, bahwa walaupun tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan gizi ibu dengan kejadian *stunting*, namun diperoleh sebesar 24 orang (92,3%) baduta yang mengalami *stunting* memiliki ibu dengan tingkat pengetahuan gizi rendah.

Menurut Dahlia bahwa pengetahuan gizi ibu berperan dalam penentuan pertumbuhan dan perkembangan anak yang terlihat dari status gizi anak¹⁸. Meskipun hasil penelitian ini tidak diperoleh hubungan yang signifikan antara pengetahuan gizi ibu dengan kejadian *stunting*, namun setidaknya pengetahuan dapat pula diperoleh melalui pendidikan formal¹⁸. Pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seseorang mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi. Semakin banyak pengetahuan gizi seseorang, maka ia akan semakin memperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang diperolehnya untuk dikonsumsi¹⁹.

Konsumsi makanan merupakan salah satu faktor yang secara langsung berhubungan dengan status gizi seseorang, keluarga dan masyarakat. Rendahnya konsumsi pangan atau kurang seimbangannya masukan zat-zat gizi dari makanan yang dikonsumsi mengakibatkan terlambatnya pertumbuhan. Pemberian ASI pada bayi umur 0-6 bulan sangat penting untuk pertumbuhan dan status gizi anak. ASI diberikan secara eksklusif 6 bulan pertama, kemudian dianjurkan tetap diberikan setelah 6 bulan berdampingan dengan makanan tambahan hingga umur 2 tahun atau lebih²⁰.

Makanan tambahan yang diberikan berupa makan lumat yang bisa dibuat sendiri berupa bubur tepung atau bubur beras ditambah lauk pauk, sayur, dan buah. Pentingnya memberikan makanan tambahan untuk melengkapi zat-zat gizi yang kurang

terdapat dalam ASI, mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima bermacam-macam makanan dengan berbagai rasa dan tekstur, mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan, dan melakukan adaptasi terhadap makanan yang mengandung kadar energi yang tinggi. Konsumsi makanan bagi setiap orang terutama anak umur 1-2 tahun harus selalu memenuhi kebutuhan. Konsumsi makanan yang kurang akan menyebabkan ketidakseimbangan proses metabolisme di dalam tubuh. Pada anak baduta bila hal ini terjadi terus menerus akan terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan, seperti *stunting*²¹.

KESIMPULAN

Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan tingkat pendidikan ibu dengan kejadian *stunting*. Selain itu, tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ayah, tinggi badan ayah, tinggi badan ibu, dan tingkat pengetahuan gizi ibu dengan *stunting* pada anak umur 6-23 bulan di wilayah Puskesmas Cempaka, Banjarbaru.

SARAN

Diperlukan upaya pendekatan jangka pendek agar ibu memberikan ASI eksklusif sampai anak 6 bulan, memberikan ASI dan makanan pendamping ASI sesuai dengan umur hingga berumur 12 bulan, sehingga anak 6-23 bulan dapat mengejar tumbuh kembangnya dengan baik. Sedangkan pendekatan jangka panjang yang dapat dilakukan untuk memutus mata rantai *stunting* adalah dengan meningkatkan pendidikan formal calon ibu, karena pendidikan merupakan cara yang praktis agar ibu lebih mudah menyerap informasi kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Direktorat Pendidikan Tinggi melalui Lembaga Penelitian dan Pengembangan Universitas Lambung Mangkurat yang telah mendanai penelitian ini dan responden yang telah bersedia untuk dijadikan subjek dalam penelitian, Kepala Dinas Kesehatan Banjarbaru, Kepala Puskesmas Cempaka dan ahli gizi wilayah puskesmas Cempaka Kota Banjarbaru, serta semua pihak yang telah membantu terlaksananya penelitian ini.

RUJUKAN

1. Indonesia, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BAPPENAS. *Rencana aksi nasional pangan dan gizi 2006-2010*. Jakarta: Bappenas, 2007.
2. Yuwono SR. *Buku rencana kerja pembinaan gizi masyarakat*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA, Kementerian Kesehatan RI, 2013.
3. Richard SA, Black RE, Gilman RH, Guerrant RL, Kang G, Lanata CF, et al. Wasting is associated with stunting in early childhood. *The Journal of Nutrition*. 2012;142:1291-1296.
4. Crookston BT, Penny ME, Alder SC, Dickerson TT, Merrill RM, Stanford JB, et al. Children who recover from early stunting and children who are not stunted demonstrate similar levels of cognition. *The Journal of Nutrition*. 2010;140:1996-2001.
5. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. *Laporan riset kesehatan dasar 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2011.
6. Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru. *Profil kesehatan Kota Banjarbaru tahun 2010*. Banjarbaru: Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru, 2011.
7. Soekirman. *Ilmu gizi dan aplikasinya untuk keluarga dan masyarakat*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Departemen Pendidikan Nasional, 2000.
8. UNICEF. *The state of the world's children 1998*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
9. Leroy JF, Habicht JP, de Cossío TG, and Ruel MT. Maternal education mitigates the negative effects of higher income on the double burden of child stunting and maternal overweight in rural Mexico. *The Journal of Nutrition*. 2014;5:765-770.
10. Hizni A, Julia M, dan Gamayanti IL. Status *stunted* dan hubungannya dengan perkembangan anak balita di Wilayah Pesisir Pantai Utara Kecamatan Lemahwungkuk Kota Cirebon. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 2010;6:131-137.
11. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. *Riset kesehatan dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013.

12. Rosha BC, Hardinsyah dan Baliwati YF. Analisis determinan *stunting* anak 0-23 bulan pada daerah miskin di Jawa Tengah dan Jawa Timur. *Penel Gizi Makan*. 2012;35:34-41.
13. Monteiro CA, D'Aquino Benicio MH, Conde WL, Konno S, Lovadino AL, JD Barros A, *et al.* Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. *Bull World Health Organ*. 2010;88:305-311.
14. Dangour AD, Hill HL, and Ismail SJ. Height, weight, and haemoglobin status of 6 to 59 month old Kazah children living in Kzyl-Oeda Region, Kazakhtan. *Eur J Clin Nutr*. 2002; 56:1030-8.
15. Astari LD. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian stunting balita usia 6–12 bulan di Kabupaten Bogor. *Tesis*. Bogor: Institut Pertanian Bogor, 2006.
16. Hanum F, Khomsan A, dan Heryatno Y. Hubungan asupan zat gizi dengan tinggi badan ibu dengan status gizi anak balita. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 2014;9:1-6.
17. Arnelia, Muljati S, dan Puspitasari DS. Pencapaian pertumbuhan linier dan status pubertas remaja dengan riwayat gizi buruk pada usia dini. *Penel Gizi Makan*. 2010;33:72-82.
18. Dahlia S. Pengaruh pendekatan *positive deviance* terhadap peningkatan status gizi balita. *Media Gizi Masyarakat Indonesia*. 2012;2:1-5.
19. Sediaoetama AD. *Ilmu gizi untuk mahasiswa dan profesi, jilid 2*. Jakarta: Dian Rakyat, 2000.
20. Simanjuntak EN. Gambaran pengetahuan ibu tentang pola pemberian ASI, MP-ASI dan pola penyakit pada bayi usia 0-12 bulan di dusun III Desa Limau Manis Kecamatan Tanjung Morawa Kabupaten Deli Serdang tahun 2007. *Tesis*. Medan: Universitas Sumatera Utara, 2007.
21. Dekkar LH, Plazas MM, Bylin CMA, and Villamor E. Stunting associated with poor socioeconomic and maternal nutritional status and respiratory morbidity in Colombian schoolchildren. *Food and Nutrition Bulletin*. 2010;31:242.