

ANALISIS DETERMINAN KEJADIAN *GROWTH FAILURE* (*STUNTING*) PADA ANAK BALITA USIA 12-36 BULAN DI WILAYAH PEGUNUNGAN DESA BONTONGAN KECAMATAN BARAKA KABUPATEN ENREKANG

Irviani A. Ibrahim¹, Emmi Bujawati², Sukfitrianty Syahrir³,
A. Syamsiah Adha⁴, Mujahida⁵

^{1,3,4,5} Bagian Gizi UIN Alauddin Makassar
²Bagian Epidemiologi UIN Alauddin Makassar

ABSTRAK

Stunting merupakan status gizi kurang yang bersifat kronik pada masa pertumbuhan dan perkembangan sejak awal kehidupan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis determinan kejadian *growth failure* (*stunting*) pada anak balita usia 12-36 bulan di Wilayah Pegunungan Desa Bontongan Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang. Metode penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain *Cross Sectional Study*. Populasi seluruh anak balita usia 12-36 bulan di Desa Bontongan Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang sebanyak 80 orang dengan pengambilan sampel secara *Total Sampling* diperoleh dari jumlah populasi. Data yang terkumpul kemudian dianalisis secara univariat, dan bivariat. Hasil analisa data, menunjukkan bahwa status gizi anak balita berdasarkan TB/U yang mengalami *stunting* (33.7%) dan normal (66.3%). Berdasarkan hasil analisis bivariat, didapatkan nilai $p > (\alpha = 0.05)$ pada jumlah anggota keluarga, jenis kelamin, panjang badan lahir, berat badan lahir, pemberian ASI Eksklusif, pemberian ASI sampai dua tahun, praktek pemberian makan dan status imunisasi sedangkan tinggi badan orang tua diperoleh nilai $p < (\alpha = 0.05)$. Faktor determinan yang berhubungan dengan kejadian *stunting* adalah tinggi badan orang tua. Jadi disarankan agar dilakukan penelitian lanjutan dengan variabel yang tidak termasuk dalam penelitian ini, seperti asupan makanan, penyakit infeksi dan lain-lain sehingga mampu mengetahui lebih luas faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian *stunting*.

Kata kunci: (*Stunting*), *Anak Balita, 12-36 Bulan, , Orang Tua, ASI Eksklusif*

PENDAHULUAN

Stunting merupakan status gizi kurang yang bersifat kronik pada masa pertumbuhan dan perkembangan sejak awal kehidupan. Keadaan ini dipresentasikan dengan nilai *z-score* tinggi badan menurut umur (TB/U) kurang dari -2 standar deviasi (SD) berdasarkan standar pertumbuhan menurut WHO (WHO, 2010

dalam Ni'mah, dkk, 2015). Menurut laporan The Lancet's pada tahun 2008 dalam Paramitha (2012), di dunia ada 178 juta anak berusia kurang dari lima tahun (balita) yang *stunting* dengan luas mayoritas di *South-Central* Asia dan sub-Sahara Afrika. Prevalensi balita *stunting* pada tahun 2007 di seluruh dunia adalah 28,5% dan di seluruh negara berkembang sebesar

31,2%. Perserikatan bangsa-bangsa (PBB) mengungkapkan bahwa stunting mempengaruhi hampir sepertiga dari anak di bawah 5 tahun, dengan prevalensi yang lebih tinggi di negara-negara berkembang seperti Afrika dan Asia Selatan (Rah et al, 2010 dalam Putri, 2013). *Global Nutrition Report* tahun 2014 menunjukkan Indonesia termasuk dalam 17 negara dari 117 negara, yang mempunyai tiga masalah gizi yaitu *stunting*, *wasting* dan *over-weight* pada balita.

Kejadian stunting sering dijumpai pada anak usia 12-36 bulan dengan prevalensi sebesar 38,2 - 41,5% (Riskesdas, 2010). Masa tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, karena itu sering disebut *golden age* atau masa keemasan, namun di masa ini akan rentan mengalami penyakit yang berdampak pada status gizi di masa selanjutnya (Soetjningsih, 2008 dalam Trisnawati, 2016).

Berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG) Sulawesi Selatan tahun 2015 yang dilakukan di 24 kabupaten/kota menunjukkan bahwa prevalensi balita stunting pada tahun 2014 sebesar 34,5%. Mengalami penurunan pada tahun 2015 menjadi 34,1%. Angka ini menunjukkan bahwa posisi Sulawesi Selatan di tahun 2015 masih belum mencapai target MDGs

yaitu 32%. Salah satu dari kabupaten tersebut yang memiliki prevalensi stunting yang cukup tinggi yaitu Kabupaten Enrekang yang menduduki urutan ke-6 dengan prevalensi stunting sebesar 39,6% (Dinkes Sulsel, 2015).

Berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Kabupaten Enrekang, prevalensi *stunting* pada tahun 2015 sebesar 29,5% (5,75% sangat pendek dan 23,75% pendek) yang berarti terjadi peningkatan pada tahun 2016 menjadi 29,38% (12,15% sangat pendek dan 17,23% pendek). Hasil data PSG menunjukkan bahwa dari 13 kecamatan di Kabupaten Enrekang diketahui bahwa kecamatan yang memiliki prevalensi stunting tertinggi pada tahun 2016 yaitu Kecamatan Baraka sebesar 41,06% (pendek) dari 1.437 balita. Bulan Februari tahun 2017, menunjukkan prevalensi stunting sebesar 39,1% (10,9% sangat pendek dan 28,2% pendek) dari 1.537 balita. Hal ini menunjukkan prevalensi stunting di Kecamatan Baraka mengalami penurunan dari 41,06% menjadi 39,1%. Namun, pada tahun 2016 tidak ditemukannya prevalensi balita sangat pendek sedangkan tahun 2017 ditemukan prevalensi balita sangat pendek sebesar 10,9% (Dinkes Kabupaten Enrekang, 2016). Hasil data PSG Bulan Februari tahun 2017 dari 15 desa/kelurahan tersebut, Desa Bontongan adalah desa yang memiliki jumlah stunting terban-

yak yaitu sebanyak 25 anak balita dengan prevalensi sebesar 29,7% (5,9% sangat pendek dan 23,8% pendek) dari total anak balita yang diukur yaitu 84 usia 12-36 bulan.

Berdasarkan uraian diatas, diketahui bahwa *stunting* masih sangat tinggi di Kecamatan Baraka terutama di Desa Bontongan. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian yaitu analisis determinan kejadian growth failure (*stunting*) pada anak balita usia 12-36 bulan di wilayah pegunungan Desa Bontongan Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang .

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan analitik observasional, desain potong lintang (*Cross Sectional Study*), Lokasi pada penelitian ini adalah di Desa Bontongan Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang. Populasi adalah semua anak balita usia 12-36 bulan Desa Bontongan Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang yaitu sebanyak 80 anak balita. Teknik pengambilan sampel yaitu *total sampling* dimana semua populasi menjadi sampel yaitu sebanyak 80 anak balita usia 12-36 bulan. Responden dalam penelitian ini adalah seseorang yang sepanjang hari bertanggung jawab sebagai pengasuh utama anak balita tersebut. Instrumen yang

digunakan adalah: 1) *Microtoice*: pengukuran tinggi badan pada anak balita yang sudah dapat berdiri dilakukan dengan ketelitian 0,1 cm dan timbangan berat badan untuk mengukur berat badan anak balita, 2) Kuesioner digunakan sebagai pedoman wawancara untuk mengetahui identitas responden, identitas anak balita dan data tentang anak balita.

Pengumpulan data diperoleh dengan dua cara, yakni data primer adalah data yang dikumpulkan oleh peneliti berupa karakteristik keluarga, tinggi badan orangtua, data identitas responden berupa nomor responden, nama, umur, tanggal lahir serta nama kepala keluarga., karakteristik anak balita meliputi nama, umur, jenis kelamin, tinggi badan, berat badan, berat badan lahir dan panjang badan lahir dan jumlah anggota keluarga, data pemberian ASI Eksklusif, pemberian ASI, praktik pemberian makan, status imunisasi yang diperoleh dengan wawancara menggunakan kuesioner. Adapun berat badan diperoleh menggunakan timbangan berat badan, data tinggi badan diperoleh dengan mengukur tinggi badan menggunakan *Microtoice*. Data sekunder berupa profil desa, data jumlah anak balita dan status gizi anak balita (gizi kurang, gizi buruk dan *stunting*) puskesmas baraka (15 desa/kelurahan). Selain itu, juga diperoleh data PSG Sulawesi Selatan tahun 2015 dan Riskesdas (Riset Kese-

hatan Dasar) tahun 2007, 2010 dan 2013.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel 1 distribusi karakteristik responden di wilayah pegunungan Desa Bontongan Kecamatan

paling banyak yaitu 27-30 tahun sekitar 23 orang (28.75%) dan paling sedikit yaitu kelompok umur 43-46 hanya 2 orang (2.5%). Untuk pendidikan, paling banyak tamat SMA yaitu sebanyak 32(40%) dan paling sedikit tamat SD yaitu 4 orang (5%).

Tabel 1. Karakteristik Resonden

No	Karakteristik Responden	Kriteria Objektif	N	%	Total
1	Jenis Kelamin	Perempuan	80	100	80
		19-22	4	5	
		23-26	11	13.7	
		27-30	23	28.75	
2	Umur	31-34	22	27.5	
		35-38	12	15	
		39-42	6	7.5	
		43-46	2	2.5	
		Tamat SD	4	5	
		Tamat SMP/MTs	10	12.5	
3	Pendidikan	Tamat SMA	32	40	80
		Diploma D1/D2/D3	8	10	
		Sarjana S1/S2	26	32.5	
		Tidak Bekerja	46	57.5	
		Buru Cuci	1	1.25	
4	Pekerjaan	PNS/TNI/POLRI	11	13.75	80
		Pegawai Swasta	1	1.25	
		Dagang/Wiraswasta	2	2.5	
		Lainnya	19	23.75	
		Tinggi	39	48.75	
5	Status Ekonomi	(≥ RP. 2.500.000,00)			80
		Rendah (< RP. 2.500.000,00)	41	51.25	
6	Jumlah Anggota Keluarga	Besar	28	35	80
		Kecil	52	65	
7	Tinggi Badan	Pendek (≤150 cm)	48	60	80
		Tinggi (> 150 cm)	32	40	

Sumber: Data Primer, 2016

Baraka Kabupaten Enrekang bahwa dari 80 responden semuanya berjenis kelamin perempuan yaitu 100%. Untuk kelompok umur, diperoleh kelompok umur responden

Untuk status pekerjaan, sebagian besar responden sebagai tidak bekerja (IRT) yaitu sebanyak 46 (57.5%) dan paling sedikit sebagai buru cuci dan pegawai swasta

masing-masing 1 orang (1.25%). Untuk status ekonomi tinggi sebanyak 39 (48.75%) dan rendah sebanyak 41 (51.25%). Untuk jumlah anggota keluarga, sebagian besar memiliki jumlah anggota

kelamin laki-laki dengan perempuansama besar yaitu 40 anak (50%) dan ditemukan umur paling banyak yaitu 12-15 tahun sebanyak 18 anak(22.5%) dan paling sedikit adalah umur 16-19 tahun sebanyak

Tabel 3. Karakteristik Sampel (Anak Balita)

No	Karakteristik Sampel	Kriteria Objektif	n	%	Total
1	Jenis Kelamin	Laki-laki	40	50	80
		Perempuan	40	50	
2	Umur	12-15	18	22.5	80
		16-19	5	6.25	
		20-23	13	16.25	
		24-27	12	15	
		28-31	14	17.5	
		32-35	11	13.75	
		36-39	7	8.75	
		67-70	2	2.5	
3	Tinggi Badan	71-74	15	18.75	80
		75-78	12	15	
		79-82	18	22.5	
		83-86	18	22.5	
		87-90	13	16.25	
		91-94	2	2.5	
		40-41	1	1.25	
		42-43	2	2.5	
4	Panjang Badan Lahir	44-45	10	12.5	80
		46-47	21	26.25	
		48-49	29	36.25	
		50-51	14	17.5	
		52-53	3	3.75	
5	Berat Badan Lahir	BBLR <2500	3	3.75	80
		Normal ≥2500	77	96.25	
6	Status Gizi	Stunting	27	33.7	80
		Normal	53	66.3	

Sumber: Data Primer, 2016

keluarga kecil yaitu 52 orang(65%) sedangkan besar yaitu 28 (35%). Rata-rata responden memiliki tinggi badan yang pendek yaitu 48 orang(60%) sedangkan tinggi sebanyak 32 orang (40%)

Karakteristik Anak Balita

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa dari 80 anak balita, antara jenis

5 anak (6.25%). Untuk tinggi badan, paling banyak ditemukan 79-82 dan 83-36 masing-masing sebanyak 18 anak (22.5%) dan paling sedikit terdapat pada 67-70 dan 91-94 masing masing hanya 2 anak (2.5%). Untuk panjang badan lahir, paling banyak ditemukan pada 48-49 yaitu sebanyak 29 anak (36.25%) dan paling sedikit 40-41

hanya 1 anak (1.25%). Untuk berat badan lahir normal sebanyak 77 (96.25%) dan mengalami BBLR sebanyak 3 (3.75%). Dilihat dari status gizi *stunting* anak balitayang memiliki status gizi normal sebanyak 53 (66.3%) dan status gizi

28 (35%). Untuk tinggi badan orang tua, ayah dengan tinggi badan kategori pendek sebanyak 43 (53.75%) dan kategori ayah yang tinggi sebanyak 37 (46.25%) sedangkan tinggi badan ibu kategori pendek sebanyak 48 (60%) dan ktaegori ibu yang

Tabel 3. Analisis Univariat Kejadian Stunting pada Anak Balita Usia 12-36 Bulan

No	Variabel Univariat	Kriteria Objektif	n	%
1	Jumlah Anggota Keluarga	Besar >4	28	35
		Kecil ≤4	52	65
		Ayah : Pendek ≤162	43	53.75
		Tinggi >162	37	46.25
2	Tinggi Badan Orang Tua	Ibu : Pendek ≤150	48	60
		Tinggi >150	32	40
3	Jenis Kelamin	Laki-laki	40	50
		Perempuan	40	50
4	Panjang Badan Lahir	Pendek	7	8.75
		Normal	73	91.25
5	Berat Badan Lahir	BBLR <2500	3	3.75
		Normal ≥2500	77	96.25
6	ASI Eksklusif	Tidak ASI Eksklusif	24	30
		ASI Eksklusif	56	70
7	Pemberian ASI 2 Tahun	Tidak Sesuai	18	22.5
		Sesuai	62	77.5
8	Praktik Pemberian Makan	Kurang Baik < 40	2	2.5
		Baik ≥ 40	78	97.5
9	Status Imunisasi	Tidak Lengkap	2	2.5
		Lengkap	78	97.5
10	Kejadian Stunting	Stunting	27	33.7
		Normal	53	66.3

Sumber: Data Primer, 2016

stunting sebanyak 27(33.7%)

Hasil Univariat

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa dari 80 sampel, sebagian besar memiliki jumlah anggota keluarga kecil yaitu 52 orang (65%) sedangkan besar yaitu

tinggi sebanyak 32 (40%). Untuk jenis kelamin, diketahui antara jenis kelamin laki-laki dengan perempuan sama besar yaitu masing-masing 40 anak (50%). Untuk panjang badan lahir normal sebanyak 73 (91.25%) dan mengalami BBLR sebanyak 3

(3.75%). Untuk berat badan lahir normal sebanyak 77 (96.25%) dan mengalami BBLR sebanyak 3 (3.75%). Dilihat dari status gizi *stunting* anak balita yang

Hasil Bivariat

Berdasarkan tabel 4, analisis hubungan tinggi badan orang tua dengan kejadian *stunting* diketahui bahwa nilai $p < (\alpha = 0.05)$

Tabel 4. Analisis Bivariat Kejadian Stunting pada Anak Balita Usia 12-36 Bulan

No	Bivariat	Kriteria Objektif	Kejadian Stunting		Total		Keterangan	
			Stunting	Normal	n	%	P	RP
1	Jumlah Anggota Keluarga	Besar >4	9	19	28	100	1.000	0.92
		Kecil ≤4	18	34	52	100		
2	Tinggi Badan Orang Tua	Ayah : Pendek ≤162	21	22	43	100	0.005	3.0625
		Tinggi >162	6	31	37	100		
		Ibu : Pendek ≤150	22	26	48	100	0.011	2.9359
		Tinggi >150	5	27	32	100		
3	Jenis Kelamin	Laki-laki	14	26	40	100	1.000	1.067
		Perempuan	13	27	40	100		
4	Panjang Badan Lahir	Pendek	2	5	7	100	0.561	0.83
		Normal	25	48	73	100		
5	Berat Badan Lahir	Rendah	1	3	4	100	0.585	0.73
		Normal	26	50	76	100		
6	ASI Eksklusif	Tidak ASI Eksklusif	5	19	24	100	0.180	0.53
		ASI Eksklusif	22	34	56	100		
7	Pemberian ASI 2 Tahun	Tidak Sesuai	7	11	18	100	0.810	1.218
		Sesuai	20	42	62	100		
8	Praktik Pemberian Makan	Kurang Baik	1	1	2	100	0.564	1.47
		Baik	26	52	78	100		
9	Status Imunisasi	Tidak Lengkap	2	-	2	100	0.111	3.125
		Lengkap	25	53	78	100		

Sumber: Data Primer, 2016

memiliki status gizi normal sebanyak 53 (66.3%) dan status gizi *stunting* sebanyak 27 (33.7%)

yang berarti ada hubungan tinggi badan orang tua dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 12-36 bulan. Sedangkan,

analisis pada hubungan jumlah anggota keluarga, jenis kelamin, panjang badan lahir, berat badan lahir, ASI Eksklusif, pemberian ASI 2 tahun, praktik pemberian makan dan status imunisasi diketahui bahwa nilai $p > (\alpha=0.05)$ yang berarti tidak ada hubungan dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 12-36 bulan.

PEMBAHASAN

Jumlah Anggota Keluarga

Dalam penelitian ini, jumlah anggota keluarga bukan merupakan faktor risiko terjadinya *stunting*. Meskipun sebagian besar masyarakat termasuk dalam jumlah anggota keluarga besar dan membutuhkan pengeluaran ekonomi yang besar pula atau bersaing dengan anggota keluarga lainnya untuk mendapatkan status gizi baik. Namun, masyarakat menyadari bahwa kebutuhan pangan untuk hidup sangat penting sehingga masyarakat memanfaatkan lahan atau pekarangan untuk bercocok tanam dan bahkan seluruh masyarakat di Desa Bontongan mengkonsumsi hasil tanaman sendiri untuk kehidupan sehari-hari dan pemberian makanan dalam keluarga tercukupi. Berbeda dengan penelitian Wahdah (2015) di Kecamatan Silat Hulu, Kapuas Hulu, Kalimantan Barat yang menyatakan bahwa nilai $p = 0.002 < 0.05$ yang berarti jumlah anggota rumah tangga merupakan faktor yang secara signifikan ber-

hubungan dengan kejadian *stunting*. Dapat disimpulkan bahwa semakin banyak anggota rumah tangga semakin tinggi risiko anak-anak untuk menderita *stunting*.

Tinggi Badan Orang Tua

Berdasarkan hasil analisa data dengan menggunakan uji *Chi Square* diketahui bahwa ada hubungan tinggi badan orang tua dengan kejadian *stunting* pada anak balita. Ini sejalan dengan penelitian Wahdah (2015) di Kecamatan Silat Hulu, Kapuas Hulu, Kalimantan Barat dengan nilai $p = 0.01 < 0.05$ yang menyatakan bahwa orang tua yang tinggi badannya tergolong pendek cenderung memiliki anak-anak *stunted*, begitu pula sebaliknya. Tinggi badan ayah pendek dengan status gizi *stunting* lebih berisiko memiliki anak *stunting* yaitu sebesar 61.0%, sebaliknya ayah dengan tinggi badan normal maka anak-anak tumbuh dengan normal

Tinggi badan merupakan salah satu bentuk dari ekspresi genetik dan merupakan faktor yang diturunkan kepada anak serta berkaitan dengan kejadian *stunting*. Anak dengan orang tua yang pendek, baik salah satu maupun keduanya, lebih berisiko untuk tumbuh pendek dibanding anak dengan orang tua yang tinggi badannya normal, orang tua yang pendek karena gen dalam kromosom yang membawa sifat pendek kemungkinan besar akan menurunkan sifat

pendek tersebut kepada anaknya (Supariasa dalam Kusuma, 2013).

Menurut Soetjningsih dalam Ngaisyah dan Septriana 2013, secara umum terdapat dua faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak, yaitu faktor genetik dan lingkungan. Salah satu faktor lingkungan adalah asupan yang dikonsumsi dan perilaku orangtua. Dari hasil wawancara, hampir semua anak balita mendapatkan pemberian makan yang baik sehingga menerima asupan yang dibutuhkan. Frekuensi makan anak balita sebanyak tiga kali sehari dengan menghabiskan makanannya, ibu juga kadang-kadang memberikan makanan pada anak balita sesuai dengan kesukaan dan kandungan gizi dan memberikan makanan yang selang-seling dengan pangan hewani serta mengolah makanan yang masih segar dan berkualitas baik untuk anak balita dan memberikan makanan/minuman selingan kepada anak seperti susu atau ketika anak meminta untuk minum susu. Selain itu, orang tua juga mampu menyediakan kecukupan makanan tingkat rumah tangga seperti sayuran dan beras serta lauk-pauk.

Karakteristik Anak Balita

Diketahui bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi *stunting* pada anak balita. Perlakuan dari

orangtua antara anak balita jenis kelamin laki-laki dan perempuan adalah sama yaitu sama-sama menerima pemberian makanan yang baik. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Izzati (2016) di RSUD Tugurejo Semarang yang menyatakan bahwa jenis kelamin dengan kejadian *stunting* tidak didapatkan perbedaan yang signifikan antara anak balita laki-laki dan perempuan.

Berdasarkan hasil uji statistik, diketahui bahwa tidak ada hubungan antara panjang badan lahir dengan status gizi *stunting* pada anak balita. Frekuensi anak balita dengan panjang badan lahir normal lebih banyak mengalami status gizi *stunting* yaitu sebesar 34.2% dibandingkan dengan anak balita yang lahir dengan panjang badan lahir pendek yaitu sebesar 28.6%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Kusuma (2013) di Kecamatan Semarang Timur bahwa balita yang lahir normal lebih banyak mengalami status gizi *stunting* yaitu sebesar 80% dibandingkan dengan panjang badan lahir pendek yaitu 20%. Dalam penelitian ini, anak balita dengan panjang badan lahir normal cenderung memiliki status gizi *stunting*. Seiring dengan pertumbuhannya, anak-anak mengalami penyimpangan (tidak mengikuti baku WHO) yang jika dilihat dari tabel pertumbuhan mulai nampak perbedaan dengan panjang badan lahir pada

usia 12 bulan dan terlihat bahwa setelah usia 12 bulan penambahan panjang anak balita semakin tidak mampu mengejar ketertinggalan dan menjauhi garis median penambahan panjang badan menurut umur mendekati garis -2SD dan tidak terlihat lagi perbaikan yang signifikan sampai sekarang.

Berdasarkan hasil uji statistik, diketahui bahwa tidak ada hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian status gizi *stunting* pada anak balita. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nasikhah (2012) di Kecamatan Semarang Timur yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara BBLR dengan kejadian *stunting* ($p=1,000$). Anak balita yang mengalami kejadian status gizi *stunting* atau *growth failure* memiliki berat badan lahir normal. Hal ini terjadi karena efek berat badan lahir terhadap *stunting* terbesar pada usia 6 bulan awal. Apabila pada 6 bulan awal, anak balita dapat melakukan kejar tumbuh maka ada kemungkinan anak balita dapat tumbuh dengan tinggi badan normal (Adair, LS dalam Nasikhah, 2012). Sedangkan dalam penelitian ini adalah usia 12-36 bulan sehingga berat badan lahir tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap terjadinya *stunting*.

Pemberian ASI Eksklusif

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pemberian ASI Eksklusif terhadap status gizi anak

balita. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Destriatania, 2013 di Kecamatan Inderalaya Kabupaten Ogan Ilir yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pemberian ASI Eksklusif terhadap status gizi anak balita berdasarkan hasil uji statistik. Dari hasil wawancara, diketahui bahwa rata-rata anak balita langsung disusui pada saat melahirkan baik anak balita yang ASI Eksklusif maupun tidak ASI Eksklusif sehingga anak balita masih mendapatkan ASI yang berwarna kekuning-kuningan atau kolostrum. Menurut Depkes RI (2003) manfaat kolostrum yaitu mematangkan dan merapatkan lapisan usus bayi, meningkatkan daya tahan tubuh bayi, meningkatkan kekebalan terhadap virus, bakteri, sebagai faktor pertumbuhan dengan memperbaiki dan meningkatkan pertumbuhan pada jaringan tubuh dan merangsang hormon pertumbuhan.

Pemberian ASI 2 Tahun

Menurut hasil uji statistik, diketahui bahwa tidak ada hubungan antara pemberian ASI sampai dua tahun dengan kejadian *stunting* pada anak balita. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Wahdah, dkk (2015) di wilayah Pedalaman Kecamatan Silat Hulu, Kapuas Hulu, Kalimantan Barat yang tidak menunjukkan adanya hubungan antara lama pemberian ASI dengan kejadian *stunting* dengan nilai $p= 0.477 > (\alpha=0.05)$. Hal ini disebabkan durasi menyusui antara ibu-

ibu pada anak *stunting* dan anak normal hampir sama.

Pada penelitian ini, rata-rata anak balita telah menerima MP-ASI dengan baik dimana saat usia 4-6 bulan jenis atau tekstur makanan yang diberikan adalah bubur sum-sum, nasi tim saring atau pisang yang dikerok yang termasuk makanan lumat serta dibantu dengan susu formula, pada usia 7-12 bulan sudah menerima makanan lunak seperti bubur nasi dan bubur kacang ijo, setelah 12-36 bulan makanan yang diberikan berupa makanan lunak dan padat misalnya sudah bisa diberikan nasi/makanan orang dewasa walaupun masih dalam jumlah sedikit sehingga anak balita yang tidak mendapat ASI sampai dua tahun tetap berstatus gizi normal. Adapun anak balita yang diberi ASI sampai dua tahun dengan status gizi *stunting*, selain karena faktor genetik, juga dipengaruhi tidak tercapainya ASI Eksklusif pada anak balita tersebut. Meskipun, sebagian anak balita mendapatkan ASI sampai dua tahun namun tidak diketahui jumlah porsi ASI yang dikonsumsi dalam setiap hari oleh anak balita dikarenakan orangtua balita pada saat bekerja harus meninggalkan anaknya dirumah sehingga tidak memenuhi jumlah konsumsi ASI yang seharusnya, misalnya ibu yang bekerja dari pagi hingga soreh. Selain

itu. Beberapa anak balita yang sering mengalami sakit demam dan batuk-batuk selama beberapa bulan sebelum penelitian dilakukan yang menyebabkan anak balita kurang berselera untuk menyusu. Adapun ayat dalam al-Qur'an yang menjelaskan tentang pemberian ASI, baik ASI Eksklusif maupun ASI sampai dua tahun terdapat pada Q.S Luqman ayat 14 yang terjemahnya:

“Dan Kami perintahkan kepada manusia (berbuat baik) kepada dua orang ibu- bapanya; ibunya telah mengandungnya dalam Keadaan lemah yang bertambah-tambah dan menyapihnya dalam dua tahun. Bersyukurlah kepadaku dan kepada dua orang ibu bapakmu, hanya kepada-Kulah kembalimu”. (Kementrian Agama Republik Indonesia. (2010).

Q.S Luqman ayat 14 telah menerangkan bahwa selambat-lambat waktu menyapih ialah setelah anak berumur dua tahun dan menyusu selama dua tahun adalah bentuk maksimalnya perhatian orang tua kepada anaknya. Mayoritas ulama menyimpulkan bahwa dua tahun adalah jangka waktu yang ditentukan Allah untuk menyusu seperti pendapat Ibnu Katsir ketika menafsirkan ayat tersebut. Ini merupakan petunjuk dari Allah kepada para ibu agar mereka menyusu anak-anaknya dengan pemberian ASI yang sempurna selama dua tahun (Ibnu Katsir). Al-Hafidz Ibnu Katsir juga membawakan tafsir dari pan-

dengan Ibnu abbas *rodhiyallahu anhuma* dari riwayat Ibnu Abi Hatim, masa dua tahun untuk menyusui hanya diperuntukkan bagi bayi yang lahir premature, seperti enam bulan masa kandungan. Sementara jika lahir dalam kandungan usia kandungan lebih dari enam bulan, jangka waktu untuk menyusui otomatis berkurang dari dua tahun. Ajaran al-Qur'an telah lama mengimbau umatnya. Fase menyusui terdapat beberapa tahapan. Seperti pada masa enam bulan pertama, dikenal dengan masa ASI Eksklusif. Si bayi hanya diperbolehkan meminum ASI dari ibunya saja dan belum diperbolehkan meminum/makan makanan yang lain. Setelah usia enam bulan, barulah sibayi diberikan makanan lainnya selain ASI (MP-ASI).

Praktik Pemberian Makan

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara praktik pemberian makan dengan status gizi *stunting* pada anak balita usia 12-36 bulan di Desa Bontongan. Hal ini sesuai dengan penelitian Nursanti (2013) di Cibatok yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pemberian makan dengan kejadian *stunting* dengan perolehan nilai $p > 0.05$. Dalam penelitian ini, Frekuensi praktik pemberian makan pada anak balita hampir seluruhnya berada pada kategori baik yaitu sebesar 97.8% atau sebanyak 78 dan sisanya 2.5% atau 2 anak balita dengan praktik

pemberian makan kurang baik yang berarti bahwa praktik pemberian makan pada anak balita *stunting* dan normal adalah sama. Konsumsi pangan untuk sehari-hari cukup tersedia di masyarakat. Meskipun sebagian masyarakat berpenghasilan rendah atau <RP2.500.000,00 namun ketersediaan pangan hampir semuanya terpenuhi karena masing-masing memiliki lahan atau kebun sebagai penghasilan sehingga makanan anak-anak balita juga terpenuhi, selain itu semua ayah anak balita memiliki pekerjaan. Selain sebagai PNS, ayah bisa bekerja sebagai petani atau pegawai swasta dan jasa. Adapun ibu rata-rata memiliki pengetahuan yang baik tentang praktik pemberian makan yang baik.

Status Imunisasi

Hasil uji *Chi Square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status imunisasi dengan kejadian *stunting* namun memiliki 3.125 kali risiko *stunting* pada anak balita di wilayah pegunungan Desa Bontongan Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang. Hal ini sejalan dengan penelitian Paramitha (2012) di Kelurahan Kalibaru Depok dengan perolehan nilai $p > 0,05$ dari hasil uji statistik, dengan demikian tidak ada hubungan yang bermakna antara status imunisasi dengan kejadian *stunting* pada anak balita di Kelurahan Kalibaru. Pada dasarnya pemberian imunisasi pada anak memiliki tujuan penting yaitu untuk mengurangi

risiko mordibitas (kesakitan) dan mortalitas (kematian) anak akibat penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (Narendra dalam Paramitha, 2012).

Pada penelitian ini, masyarakat memiliki kesadaran akan imunisasi lengkap terhadap anak balita sehingga hampir seluruh anak balita mendapatkan imunisasi lengkap. Walaupun demikian, didapatkan anak balita dengan kejadian *stunting*. Ini dikarenakan oleh faktor lain seperti genetik, sebagian tidak ASI Eksklusif serta beberapa pula belum mendapat ASI sampai dua tahun. Adapun yang tidak lengkap dikarenakan tempat tinggal dan tempat penyandu yang berbeda, sehingga saat penyandu bertepatan dengan pemberian imunisasi anak balita tersebut tidak bisa hadir.

KESIMPULAN

Hasil penelitian yang diperoleh di Wilayah Pegunungan Desa Bontongan kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang yaitu: (1) Tidak ada hubungan antara jumlah anggota keluargadengan status gizi *stunting* pada anak balita usia 12-36 bulan, (2) Ada hubungan antara tinggi badan orang tuadengan status gizi *stunting* pada anak balita usia 12-36 bulan, (3) Tidak ada hubungan jenis kelamin, panjang badan lahir dan berat badan lahir (karakteristik anak balita) dengan status gizi *stunting*

pada anak balita usia 12-36 bulan, (4) tidak ada hubungan antara pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi *stunting* pada anak balita usia 12-36 bulan, (5) Tidak ada hubungan pada pemberian ASI sampai dua tahun dengan status gizi *stunting* pada anak balita usia 12-36 bulan, (6) Tidak ada hubungan antara praktik pemberian makan dengan status gizi *stunting* pada anak balita usia 12-36 bulan, (7) Tidak ada hubungan antara status Imunisasi dengan status gizi *stunting* pada anak balita usia 12-36 bulan.

SARAN

Adapun saran yang dapat diberikan oleh peneliti yaitu: (1) Agar masyarakat lebih memperhatikan kondisi status gizi pada anak balita terutama status gizi *stunting* yang masih kurang mendapat perhatian, (2) Kepada petugas kesehatan agar terus memberikan informasi-informasi tentang dampak yang diakibatkan status gizi *stunting* serta bagaimana cara pencegahannya, (3) Bagi institusi pendidikan agar dapat mengembangkan kurikulum yang menunjang khususnya pada ilmu status gizi anak balita dalam meningkatkan kualitas mahasiswa terutama jurusan kesehatan masyarakat yang akan memberikan informasi tentang dampak dan pencegahan status gizi anak terkait dengan *growth failure*, (4) Kepada peneliti selanjutnya untuk melaku-

kan penelitian dengan desain dan variabel yang lebih banyak lagi sehingga mampu mengetahui faktor-faktor lain yang mempengaruhi kejadian *stunting*.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Agama Republik Indonesia. (2012). *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Surabaya: Al-Kaffah
- Destriatania. (2013). Analisis Praktik Menyusui, Penyakit Infeksi dan Faktor Sosiodemografi Terhadap Pertumbuhan Linear Anak Usia 12-60 Bulan di Kecamatan Inderalaya Kabupaten Ogan Ilir. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 4: 24-32
- Dinkes Kabupaten Enrekang. (2016). *Data Pemantauan Status Gizi Kabupaten Enrekang*
- Dinkes Provinsi Sulawesi Selatan. (2015). *Perencanaan Kinerja (Sulawesi Selatan sebagai Pilar Utama Pembangunan Nasional dan Simpul Jejaring Akselerasi Kesejahteraan Pada Tahun 2018*. Makassar: Dinkes Provinsi Sulsel
- Izzati I.S., Saptanto A., & Setyawan M.H. (2016). *Hubungan Jenis Kelamin, Usia dan Riwayat Penyakit Infeksi dengan Kejadian Stunting Anak di RSUD Tugurejo Semarang*. Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang
- Katsir I. (2005). *Jilid 1-4 Lubaabut Tafsir Min Ibni Katsiir*. Jakarta: Indeks Al-Qur'an
- Kusuma. (2013). *Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Usia 2-3 Tahun (Studi Di Kecamatan Semarang Timur)*. Skripsi. Semarang: Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
- Nashikhah R. (2012). *Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-36 Bulan di Kecamatan Semarang Timur*. skripsi. Semarang: Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
- Ngaisyah R., D., & Septriana. (2016). Hubungan Tinggi Badan Orang Tua dengan Kejadian *Stunting*. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 3: 49-57
- Ni'mah K., & Nadhiroh S.R. (2015). Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Balita. *Jurnal Media Gizi Indonesia*, 10: 13-19
- Nursanti. (2013). *Praktek Pemberian Makan, Konsumsi Pangan, Stimulasi Psikososial, dan Perkembangan Balita Stunting dan Normal*. Skripsi. Bogor: Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian
- Paramitha A. (2012). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 25-60 Bulan Di Kelurahan Kalibaru Depok 2012*. Skripsi. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
- Putri D.S.K & Wahyono T.Y.M. (2013). Faktor Langsung dan Tidak Langsung yang Berhubungan dengan Wasting pada Anak Umur 6-59 Bulan di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 23: 110-121
- RISKESDAS. (2008). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- RISKESDAS. (2011). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

RISKESDAS.(2014).*Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

Trisnawati.(2016).*Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan di Desa Kidang Kecamatan Praya Timur Kabupaten Lombok Tengah*.Skripsi. Lombok: Sekolah

Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran

Wahdah S, dkk. (2015).Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Umur 6-36Bulan di Wilayah Pedalaman Kecamatan Silat Hulu,Kapuas Hulu, Kalimantan Barat.*Jurnal Gizi Dan Dietetik Indonesia*, 3:119-130