

FAKTOR DOMINAN PENYEBAB KEJADIAN *STUNTING* ANAK USIA 24-35 BULAN DI PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

Oleh :

Mustika Hidayati

Widyaiswara BPTK Mataram

Abstrak: PENDEK (*stunting*) merupakan gangguan pertumbuhan linier yang ditunjukkan dengan nilai z score TB/U kurang dari -2 SD. *Stunting* terjadi akibat kekurangan gizi berulang dalam waktu lama pada masa janin hingga 2 tahun pertama kehidupan seorang anak. Hasil Unicef Report tahun 2013 dinyatakan bahwa Indonesia menempati urutan ke-5 di dunia masalah gangguan pertumbuhan tinggi badan (Pendek) yaitu sekitar 7,55 juta anak balita. Dari hasil dua kali Riskesdas 2007 dan 2013 menyebutkan bahwa di NTB masing-masing 43,7% dan 45,2%. Terjadi peningkatan 1,5%, artinya hampir separuh balita kita memiliki tinggi badan lebih rendah dari standar tinggi badan balita seumurnya. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari faktor dominan yang mempengaruhi kejadian *stunting* anak usia 24-35 bulan di Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2014. Penelitian ini dilaksanakan terhadap total sampel di 10 kabupaten/kota se provinsi Nusa Tenggara Barat sejumlah 115.300 sampel. Variabel dalam penelitian ini terdiri dari 12 variabel independen yang mempengaruhi kejadian *stunting* (Y) terdiri dari Jenis Kelamin Anak (X1), Tinggi badan Ayah (X2), Tinggi badan Ibu (X3), Pola Makan ayah (X4), Pola makan Ibu (X5), Status Ekonomi Keluarga (X6), Riwayat Panjang Lahir (X7), Riwayat Berat Lahir (X8), Jumlah Anggota Keluarga (X9), Riwayat Kehamilan (X10), Riwayat Persalinan (X11) dan Riwayat Nifas (X12). Dari kedua belas variabel tersebut ada 3 (tiga) variabel yang dominan antara lain Riwayat Panjang lahir (OR=3,7), Tinggi Badan Ibu (OR=2,6) dan Pola Makan ibu (OR=2,1) Disarankan bahwa pemegang kebijakan serta pemegang program agar lebih memfokuskan dari ketiga variabel yang dominan tersebut

Kata kunci : *Stunting*, Faktor Dominan, Anak Usia 24-45 bulan

PENDAHULUAN

Masalah gizi yang kompleks menuntut sumber daya manusia yang handal. Masalah gizi di NTB berdasarkan hasil Riskesdas 2013. Status gizi balita di NTB untuk gizi buruk dan kurang adalah 24,8%. Bila dibandingkan dengan target pencapaian program perbaikan gizi (RPJM) tahun 2015 sebesar 20% dan target MDG untuk NTB sebesar 24,8% berada di atas nasional yang 18,5% maka NTB belum melampaui target nasional 2015 sebesar 20%.

Prevalensi balita pendek+sangat pendek di provinsi NTB adalah 43,7% Angka tersebut berada di atas angka nasional (36,5%), dan secara umum masalah balita pendek+sangat pendek di provinsi NTB masih cukup tinggi karena memiliki prevalensi di atas 20%. Prevalensi tertinggi Balita pendek+sangat pendek ada di Kota Bima (49,5%).

Di NTB masalah kekurusan (15,5%) masih merupakan masalah kesehatan, dan masih berada di atas nasional (13,8%), sehingga di NTB berada pada batas kondisi yang dianggap kritis (di atas 15%). Dari 9 kabupaten/kota di NTB, hanya Kabupaten Lombok Tengah yang berada di bawah batas keadaan serius menurut indikator status gizi BB/TB (di bawah 10%). Prevalensi tertinggi balita

kurus+sangat kurus terdapat di Kabupaten Dompu (21,5%). Masalah kegemukan di provinsi NTB juga perlu diperhatikan karena prevalensinya sudah 12,9% sedangkan angka nasional 12,2%.

Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan 40,6 persen penduduk mengkonsumsi makanan dibawah kebutuhan minimal (kurang dari 70% dari Angka Kecukupan Gizi/AKG) yang dianjurkan tahun 2004. Berdasarkan kelompok umur dijumpai 24,4 persen Balita, 41,2 persen anaku sia sekolah, 54,5 persen remaja, 40,2 persen Dewasa, serta 44,2 persen ibu hamil mengkonsumsi makanan dibawah kebutuhan minimal. Sementara itu proporsi penduduk tertinggi dengan konsumsi <70% AKG adalah NTB (46,6%) yang lebih tinggi dari angka nasional yaitu 40,6 persen.

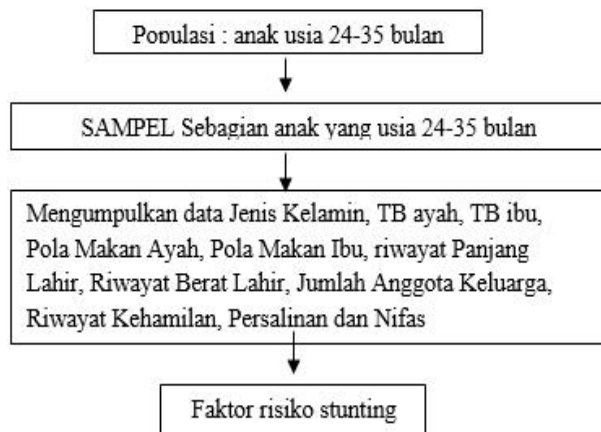
Penelitian tentang faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 24-36 bulan terkait dengan Pengetahuan sikap dan perilaku, sosial ekonomi, tinggi badan orang tua, risiko penyakit kehamilan dan riwayat infeksi sangat diperlukan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor risiko *stunting* pada anak usia 24 – 35 bulan.

METODE

Kerangka Berpikir



Kerangka operasional



Penelitian ini dilaksanakan di 10 Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat, berdasarkan hasil Riskesdas 2013. Jenis penelitian ini merupakan penelitian observasional, menggunakan dengan rancangan penelitian analitik. Dari segi jenis data yang dikumpulkan penelitian ini adalah penelitian sekunder dengan memanfaatkan data riskesdas 2013. Seluruh anak usia 24-35 bulan yang ada di Kabupaten/ Kota se-Provinsi NTB. Sampel yang diambil adalah anak usia 24-35 bulan yang berada di 30 kluster pada masing-masing kabupaten/ kota. Setiap kluster dipilih 10 anak usia 24-35 bulan sebagai sampel ditambah cadangan. Sehingga besar sampel per Kabupaten / Kota adalah 300 anak usia 24-35 bulan se-NTB. (Depkes. 1998).

Dari hasil klarifikasi dari pihak manajemen data (Mandat) Balitbangkes kemenkes RI, dengan *complex sample* diperoleh data total sampel sebanyak 115.300 anak usia 24-35 bulan, dari semula 466 sampel. Data identitas anak usia 24-35 bulan diperoleh melalui kuesioner yang terdapat pada data riskesdas 2013 (www.labdata.litbangkes.depkes.go.id). Data faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian stunting diperoleh melalui penelusuran kuesioner

dan *chek list*. pada data riskesdas 2013 Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan cara *cluster*. Data Stunting berdasarkan z-score tinggi badan menurut umur (TB/U) dari data riskesdas. Data Pola makan ayah dan ibu, sosial ekonomi, riwayat penyakit kehamilan, persalinan dan nifas, diperoleh dari data riskesdas 2013. Data riwayat berat badan lahir dan Panjang lahir diperoleh dari data riskesdas 2013.

Data yang sudah dikumpulkan, diperiksa kembali (*editing*) kemudian dimasukkan dalam master tabel dengan bantuan komputer.

a. Analisis Bivariat dengan mempergunakan uji Chi-Square

b. Analisis multivariate dengan menggunakan Logistik regresi

1) Analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan regresi logistik. Ghazali (2001) menyatakan bahwa regresi logistik digunakan untuk menguji apakah probabilitas terjadinya variabel terikat (variabel Y) dapat diprediksi dengan variabel bebasnya (variabel X₂, X₃, X₄, X₅, X₆, X₇, X₈). Teknik analisis regresi logistik tidak memerlukan asumsi normalitas data pada variabel bebasnya (Ghozali, 2001), dan mengabaikan heteroskedastisitas (Gujarati, 2003).

2) Uji Kelayakan model regresi dinilai dengan menggunakan *Hosmer and Lemeshow's Goodness of Fit Test*. *Hosmer and Lemeshow's Goodness of Fit Test* menguji hipotesis nol bahwa data empiris cocok atau sesuai dengan model (tidak ada perbedaan antara model dengan data sehingga model dapat dikatakan fit).

3) Penilaian keseluruhan model dilakukan dengan membandingkan nilai antara $-2 \text{ Log Likelihood } (-2LL)$ pada awal (*Block Number* = 0), dimana model hanya memasukkan konstanta dengan nilai $-2 \text{ Log Likelihood } (-2LL)$ pada akhir (*Block Number* = 1), dimana model memasukkan konstanta dan variabel bebas.

4) Koefisien determinasi (*Nagelkerke R square*), Besarnya nilai koefisien determinasi pada model regresi logistik

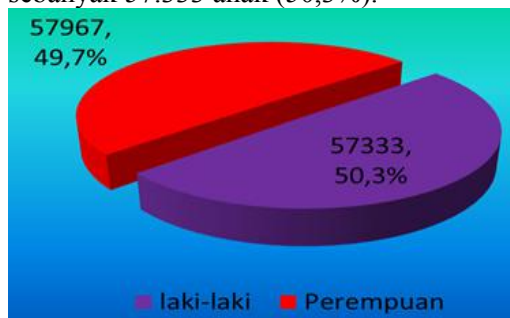
5) Estimasi Parameter dan Interpretasi. Estimasi Maximum Likelihood parameter model dapat dilihat dari output pada tabel *Variables in the Equation*

Kuesioner yang diperoleh atas seijin balitbangkes melalui (www.labdata.litbangkes.depkes.go.id)

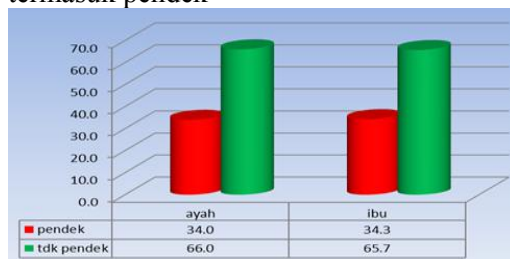
HASIL PENELITIAN

a. Gambaran Sampel

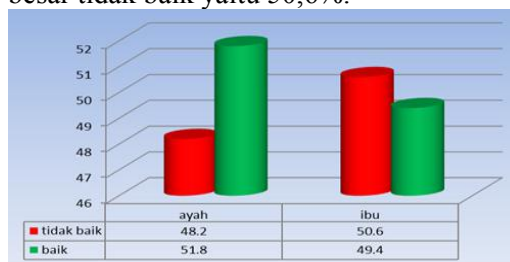
1. Jenis Kelamin anak usia 24-35 bulan
Sebagian besar anak usia 24-35 bulan berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 57.333 anak (50,3%).



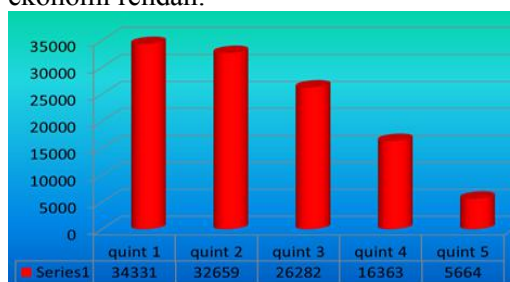
2. Tinggi Badan Orang Tua
Tinggi Badan ayah dikatakan pendek < 160 cm dan tinggi badan ibu dikatakan pendek < 150cm. Pada grafik 3 di atas terlihat bahwa sekitar 34% tinggi ayah dan ibu anak usia 24-35 bulan di Provinsi NTB termasuk pendek



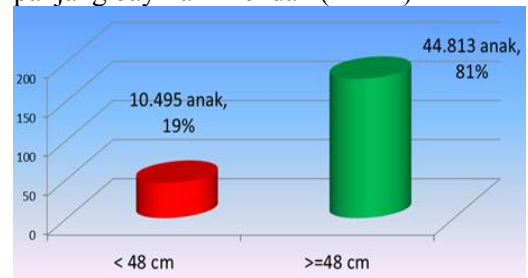
3. Pola Makan Orang tua
Sebagian besar makan ayah baik yaitu 51,8% sedangkan pola makan ibu sebagian besar tidak baik yaitu 50,6%.



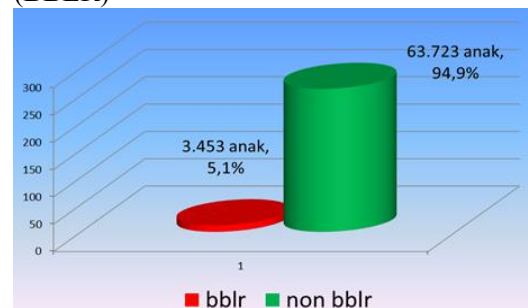
4. Sosio Ekonomi Keluarga
Kecenderungan keluarga lebih banyak berada pada kuintil 1 dan 2 yaitu sosio ekonomi rendah.



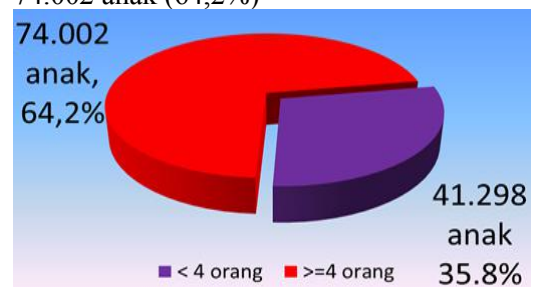
5. Riwayat Panjang Lahir
Pada grafik 6 terlihat bahwa masih ditemukan sekitar 10.495 anak (19%) usia 24-35 bulan yang memiliki riwayat panjang bayi lahir rendah (PBLR)



6. Riwayat Berat Bayi Lahir
Ternyata masih ditemukan sekitar 3.453 anak (5,1%) usia 24-35 bulan yang memiliki riwayat berat bayi lahir rendah (BBLR)



7. Jumlah Anggota Keluarga
Sebagian besar keluarga memiliki jumlah anggota keluarga ≥ 4 orang yaitu sebanyak 74.002 anak (64,2%)

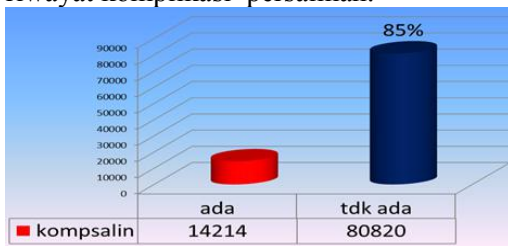


8. Riwayat Kehamilan
Pada ibu anak usia 24-35 bulan sebanyak 13.590 ibu (14,3%) ditemukan riwayat kehamilan.



9. Riwayat Persalinan

Pada ibu anak usia 24-35 bulan sebanyak 14.214 ibu (15%) ditemukan mempunyai riwayat komplikasi persalinan.



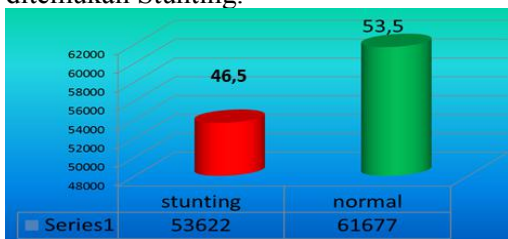
10. Riwayat Nifas

Pada grafik terlihat bahwa ibu anak usia 24-35 bulan sebanyak 5.416 ibu (5,7%) ditemukan riwayat komplikasi nifas.

Jenis kelamin	STATUS STUNTING				JUMLAH		sig
	STUNTING		NORMAL		n	%	
	n	%	N	%			
Laki	23.664	44.1	33.669	54.6	57.333	49.7	0,000
Perempuan	29.958	55.9	28.009	45.4	57.967	50.3	
TOTAL	53.622	100,0	61.678	100,0	115.300	100,0	

11. Kejadian Stunting

Diantara anak usia 24-35 bulan sebanyak 53.622 anak usia 24-35 bulan (46,5%) ditemukan Stunting.



b. Analisis Bivariat

1. Kejadian Stunting Menurut Jenis Kelamin

Pada tabel diatas, anak laki laki persentasinya lebih banyak yang normal yaitu 33.669 anak (54.6%), sedangkan anak perempuan persentasinya lebih banyak ditemukan yang stunting yaitu sebanyak 29.958 anak (55.9%), demikian pula secara statistik menunjukkan **ada pengaruh** yang signifikan Jenis Kelamin anak dengan Kejadian Stunting anak usia 24-35 bulan di Provinsi NTB (p<0,05)

2. Kejadian Stunting Menurut Tinggi Badan Ayah

TB Ayah	STATUS STUNTING				JUMLAH		Sig
	STUNTING		NORMAL		n	%	
	n	%	N	%			
< 160 cm	15.782	39,9	13.257	28,9	29.039	34,0	0,000
≥ 160 cm	23.807	60,1	32.654	71,1	56.461	66,0	
TOTAL	39.589	100,0	45.911	100,0	85.500	100,0	

Pada tabel diatas, Ayah yang memiliki TB < 160 cm (pendek), persentasinya lebih banyak ditemukan TB anaknya stunting yaitu 15.782 sampel (39,9%), Sedangkan Ayah yang memiliki TB ≥ 160 cm (normal) masih ditemukan 23.807 sampel (60,1%) yang anaknya memiliki TB stunting. Hasil uji statistik menunjukkan **ada pengaruh** yang signifikan TB ayah dengan kejadian stunting anak usia 24-36 bulan (p<0,05)

3. Kejadian Stunting Menurut Tinggi Badan Ibu

TB IBU	STATUS STUNTING				JUMLAH		Sig
	STUNTING		NORMAL		n	%	
	n	%	N	%			
< 150 cm	21.594	43,0	15.369	26,6	36.963	34,3	0,000
≥ 150 cm	28.617	57,0	42.326	73,4	70.943	65,7	
TOTAL	50.211	100,0	57.695	100,0	107.906	100,0	

Pada tabel diatas, bahwa Ibu yang memiliki TB < 150 cm (Stunting), persentasinya lebih banyak ditemukan TB anaknya juga stunting yaitu 21.594 sampel (43.0%), Sedangkan ibu yang memiliki TB ≥ 150 cm (normal) masih ditemukan 28.617 sampel (57.0%) yang anaknya memiliki TB stunting. Hasil statistik menunjukkan **ada pengaruh** yang signifikan TB ibu dengan kejadian stunting anak usia 24-36 bulan (p<0,05).

4. Kejadian Stunting Menurut Pola Makan Ayah

Pada ayah yang memiliki pola makan yang baik, persentasinya lebih banyak ditemukan anaknya stunting yaitu 16.625 sampel (53.1%), sedangkan ayah yang pola makannya tdk baik, persentasinya lebih banyak ditemukan anaknya memiliki TB yang normal yaitu 18.140 sampel (49.2%), walau demikian secara statistik menunjukkan **ada pengaruh** pola makan ayah dengan kejadian stunting anak usia 24-35 bulan di Provinsi NTB (p<0,05).

POLA MAKAN AYAH	STATUS STUNTING				JUMLAH		Sig
	STUNTING		NORMAL		n	%	
	n	%	N	%			
Tdk baik	14.712	46,9	18.140	49,2	32.852	48,2	0,000
baik	16.625	53,1	18.711	50,8	35.336	51,8	
TOTAL	31.337	100,0	36.851	100,0	68.188	100,0	

5. Kejadian Stunting Menurut Pola Makan Ibu

Pola makan ibu yang tidak baik persentasinya lebih banyak ditemukan anaknya memiliki TB stunting 18.012 anak

(54.7%), sedangkan ibu yang pola makannya baik lebih banyak ditemukan anaknya memiliki TB yang normal yaitu 19.518 sampel (53.1%), walau demikian secara statistik menunjukkan **ada pengaruh** yg signifikan pola makan ibu dengan kejadian stunting anak usia 24-35 bulan di Provinsi NTB ($p < 0,05$).

POLA MAKAN IBU	STATUS STUNTING				JUMLAH		sig
	STUNTING		NORMAL		n	%	
	n	%	N	%			
Tdk baik	18.012	54.7	17.233	46.9	35.245	50.6	0,000
baik	14.920	45.3	19.518	53.1	34.438	49.4	
TOTAL	32.932	100,0	36.751	100,0	69.683	100,0	

6. Kejadian Stunting Menurut Status Ekonomi Keluarga

ST EKONOMI	STATUS STUNTING				JUMLAH		sig
	SUNTING		NORMAL		n	%	
	n	%	n	%			
Tdk baik	32.019	59.7	34.972	56.7	66.991	58.1	0,000
baik	21.604	40.3	26.706	43.3	48.310	41.9	
TOTAL	53.623	100,0	61.678	100,0	115.301	100,0	

Pada tabel 8 diatas terlihat bahwa keluarga dengan status ekonomi yang tidak baik sebagian besar anak usia 24-35 bulan mengalami stunting yaitu 32.019 anak (59,7%), sedangkan keluarga dengan status ekonomi baik lebih banyak ditemukan anaknya yang tidak stunting yaitu 26.706 anak (43,3%), Secara statistik menunjukkan **ada pengaruh** status ekonomi keluarga dengan kejadian stunting pada anak usia 24-35 bulan di provinsi NTB ($p < 0,05$).

7. Kejadian Stunting Menurut Riwayat Panjang Lahir

Pada anak usia 24-35 yang memiliki riwayat panjang lahir stunting (< 48 cm) persentasinya lebih banyak ditemukan yang normal yaitu 5.316 anak (19.1%), sedangkan anak yang tidak memiliki riwayat panjang lahir ditemukan yang stunting yaitu 22.253 balita (81.1%). Namun secara statistik menunjukkan **ada pengaruh** yang signifikan riwayat Panjang lahir stunting dengan kejadian stunting ($p < 0,05$).

RIWAYAT PANJANG LAHIR	STATUS STUNTING				JUMLAH		Sig/O R
	STUNTING		NORMAL		n	%	
	n	%	n	%			
< 48 CM	5.179	18.9	5.316	19,1	10.495	19,0	0,000
≥ 48 CM	22.253	81.1	22.560	80,9	44.813	81,0	
TOTAL	27.432	100,0	27.876	100,0	55.308	100,0	3,7

8. Kejadian Stunting Menurut Riwayat Berat Lahir

RIWAYAT BERAT LAHIR	STATUS STUNTING				JUMLAH		sig
	STUNTING		NORMAL		n	%	
	n	%	n	%			
BBLR	2.111	6,2	1.341	4,0	3.452	5,1	0,990
NON BBLR	31.686	93,8	32.036	96,0	63.722	94,9	
TOTAL	33.797	100,0	33.377	100,0	67.174	100,0	

Pada anak usia 24-35 bulan yang memiliki riwayat BBLR, persentasinya lebih banyak ditemukan yang stunting saat usia 24-36 tahun yaitu sebanyak 2.111 anak (6,2%), sedangkan yang tidak memiliki riwayat BBLR lebih banyak yang tinggi badannya normal yaitu 32.036 anak (96.0%), namun demikian secara statistik menunjukkan **tidak ada pengaruh** yang signifikan riwayat BBLR dengan kejadian stunting pada anak usia 24-35 bulan di Provinsi NTB ($p > 0,05$).

9. Kejadian Stunting Menurut Jumlah Anggota Keluarga

Pada jumlah anggota keluarga ≥ 4 orang persentasinya lebih banyak ditemukan anak usia 24-36 yang stunting yaitu 35.178 anak (65.6%) dan anggota keluarga < 4 orang lebih banyak ditemukan anak yang pertumbuhannya normal yaitu 22.854 anak (37.1%), secara statistik menunjukkan **ada pengaruh** yang signifikan jumlah anggota keluarga dengan kejadian stunting anak usia 24-35 bulan di Prov NTB ($p < 0,05$).

JUMLAH ANGGOTA KELUARGA	STATUS STUNTING				JUMLAH		sig
	PENDEK		NORMAL		n	%	
	n	%	n	%			
< 4 ORANG	18.444	34,4	22.854	37,1	41.298	35,8	0,000
≥ 4 ORANG	35.178	65,6	38.823	62,9	74.001	64,2	
TOTAL	53.622	100,0	61.677	100,0	115.299	100,0	

10. Kejadian Stunting Menurut Riwayat Kehamilan

RIWAYAT KEHAMILAN	STATUS STUNTING				JUMLAH		sig
	STUNTING		NORMAL		n	%	
	n	%	n	%			
Ada	7.172	16,3	6.418	12,6	13.590	14,3	0,000
Tdk ada	36.827	83,7	44.618	87,4	81.445	85,7	
TOTAL	43.999	100,0	51.036	100,0	95.035	100,0	

Pada ibu yang memiliki riwayat kehamilan, persentasinya lebih banyak ditemukan anaknya menderita stunting yaitu 7.172 anak (16.3%), sedangkan ibu yang tidak memiliki riwayat kehamilan, persentasinya lebih banyak ditemukan anaknya yang normal yaitu 44.618 anak (87.4%), secara statistik menunjukkan **ada pengaruh** yang

signifikan Riwayat kehamilan dengan kejadian stunting pada anak usia 24-35 bulan di Prov NTB ($p < 0,05$).

11. Kejadian Stunting Menurut Riwayat Persalinan

Pada ibu yang memiliki riwayat persalinan persentasinya lebih banyak ditemukan anaknya mengalami stunting yaitu 7.177 anak (16,3%) sedangkan ibu yang tidak memiliki riwayat persalinan lebih banyak ditemukan anaknya normal yaitu sebanyak 43.998 anak (86,2%) .Secara statistik menunjukkan **ada pengaruh** yang signifikan riwayat persalinan dengan kejadian stunting anak usia 24-35 bulan di Provinsi NTB ($p < 0,05$)

RIWAYAT KOMPLIKASI PERSALINAN	STATUS STUNTING				JUMLAH		sig
	STUNTING		NORMAL		n	%	
	n	%	n	%			
Ada	7.177	16,3	7.037	13,8	14.214	15,0	0,000
Tdk ada	36.821	83,7	43.998	86,2	80.819	85,0	
TOTAL	43.998	100,0	51.035	100,0	95.033	100,0	

12. Kejadian Stunting Menurut Riwayat Nifas

RIWAYAT KOMPLIKASI NIFAS	STATUS STUNTING				JUMLAH		sig
	STUNTING		NORMAL		n	%	
	n	%	n	%			
Ada	3.897	8,9	1.519	3,0	5.416	5,7	0,994
Tdk ada	40.101	91,1	49.516	97,0	89.617	94,3	
TOTAL	43.998	100,0	51.035	100,0	95.033	100	

Pada table diatas terlihat bahwa ibu yang memiliki riwayat nifas persentasinya lebih banyak ditemukan anaknya mengalami stunting yaitu 3.897 anak (8,9%) sedangkan ibu yang tidak memiliki riwayat nifas lebih banyak ditemukan anaknya normal yaitu sebanyak 49.516 anak (97,0%), namun secara statistik menunjukkan **tidak ada pengaruh** yang signifikan riwayat komplikasi nifas dengan kejadian stunting pada anak 24-35 bulan di Provinsi NTB ($p > 0,05$)

c. Analisis Multivariat

Secara Multivariat diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), semua variabel yang dipilih yang terdiri dari 12 variabel ternyata layak untuk dianalisis lebih lanjut atau memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kejadian stunting anak usia 24-35 bulan dan Memberikan kontribusi sebesar 23,9% mempengaruhi kejadian stunting anak 24-35 bulan, sedangkan 76,1% dipengaruhi oleh variabel lain, akan tetapi tdk diteliti dalam penelitian ini, Dari tabel 15 diatas juga tampak

terlihat bahwa Riwayat Berat Lahir, dan Riwayat Nifas tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan ($p > 0,05$).

PEMBAHASAN

Gizi buruk kronis (*stunting*) tidak hanya disebabkan oleh satu faktor saja, tetapi disebabkan oleh banyak faktor, dimana faktor-faktor tersebut saling berhubungan satu sama lainnya. Anak-anak yang mengalami hambatan dalam pertumbuhan disebabkan kurangnya asupan makanan yang memadai dan penyakit infeksi yang berulang, dan meningkatnya kebutuhan metabolic serta mengurangi nafsu makan, sehingga meningkatnya kekurangan gizi pada anak. Keadaan ini semakin mempersulit untuk mengatasi gangguan pertumbuhan yang akhirnya berpeluang terjadinya *stunted*

Menurut data yang dilansir WHO, 178 juta anak di bawah lima tahun mengalami stunted. Stunting (tubuh pendek) adalah keadaan tubuh yang sangat pendek hingga melampaui defisit 2 SD dibawah median panjang atau tinggi badan populasi yang menjadi referensi internasional. Stunting adalah keadaan dimana tinggi badan berdasarkan umur rendah, atau keadaan dimana tubuh anak lebih pendek dibandingkan dengan anak – anak lain seusianya (MCN, 2009). Stunted adalah tinggi badan yang kurang menurut umur ($< -2SD$), ditandai dengan terlambatnya pertumbuhan anak yang mengakibatkan kegagalan dalam mencapai tinggi badan yang normal dan sehat sesuai usia anak. Stunted merupakan kekurangan gizi kronis atau kegagalan pertumbuhan dimasa lalu dan digunakan sebagai indikator jangka panjang untuk gizi kurang pada anak.

Beberapa faktor yang terkait dengan kejadian *stunted* antara lain kekurangan energi dan protein, sering mengalami penyakit kronis, praktek pemberian makan yang tidak sesuai dan faktor kemiskinan. Prevalensi *stunted* meningkat dengan bertambahnya usia, peningkatan terjadi dalam dua tahun pertama kehidupan, proses pertumbuhan anak masa lalu mencerminkan standar gizi dan kesehatan.

Menurut laporan UNICEF (1998) beberapa fakta terkait stunted dan pengaruhnya antara lain sebagai berikut : 1) Anak-anak yang mengalami stunted lebih awal yaitu sebelum usia enam bulan, akan mengalami stunted lebih berat menjelang usia dua tahun. Stunted yang parah pada anak-anak akan terjadi deficit jangka panjang dalam perkembangan fisik dan mental sehingga tidak mampu untuk belajar secara optimal di sekolah, dibandingkan anak- anak dengan tinggi badan normal. Anak-anak dengan stunted

cenderung lebih lama masuk sekolah dan lebih sering absen dari sekolah dibandingkan anak-anak dengan status gizi baik. Hal ini memberikan konsekuensi terhadap kesuksesan anak dalam kehidupannya dimasa yang akan datang. 2) Stunted akan sangat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan anak. Faktor dasar yang menyebabkan stunted dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan intelektual. Penyebab dari stunted adalah bayi berat lahir rendah, ASI yang tidak memadai, makanan tambahan yang tidak sesuai, diare berulang, dan infeksi pernapasan. Berdasarkan penelitian sebagian besar anak-anak dengan stunted mengkonsumsi makanan yang berada di bawah ketentuan rekomendasi kadar gizi, berasal dari keluarga miskin dengan jumlah keluarga banyak, bertempat tinggal di wilayah pinggiran kota dan komunitas pedesaan. 3) Pengaruh gizi pada anak usia dini yang mengalami *stunted* dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan kognitif yang kurang. Anak stunted pada usia lima tahun cenderung menetap sepanjang hidup, kegagalan pertumbuhan anak usia dini berlanjut pada masa remaja dan kemudian tumbuh menjadi wanita dewasa yang *stunted* dan mempengaruhi secara langsung pada kesehatan dan produktivitas, sehingga meningkatkan peluang melahirkan anak dengan BBLR. *Stunted* terutama berbahaya pada perempuan, karena lebih cenderung menghambat dalam proses pertumbuhan dan berisiko lebih besar meninggal saat melahirkan.

Faktor Penyebab Stunted, menurut beberapa penelitian, kejadian *stunted* pada anak merupakan suatu proses kumulatif yang terjadi sejak kehamilan, masa kanak-kanak dan sepanjang siklus kehidupan. Pada masa ini merupakan proses terjadinya *stunted* pada anak dan peluang peningkatan stunted terjadi dalam 2 tahun pertama kehidupan.

Faktor gizi ibu sebelum dan selama kehamilan merupakan penyebab tidak langsung yang memberikan kontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Ibu hamil dengan gizi kurang akan menyebabkan janin mengalami *intrauterine growth retardation* (IUGR), sehingga bayi akan lahir dengan kurang gizi, dan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Anak-anak yang mengalami hambatan dalam pertumbuhan disebabkan kurangnya asupan makanan yang memadai dan penyakit infeksi yang berulang, dan meningkatnya kebutuhan metabolic serta mengurangi nafsu makan, sehingga meningkatnya kekurangan gizi pada anak. Keadaan ini semakin mempersulit untuk mengatasi gangguan pertumbuhan yang akhirnya berpeluang terjadinya *stunted* (Allen and Gillespie, 2001).

Hasil penelitian Kukuh (2013) di Semarang agak sedikit berbeda dengan hasil penelitian ini walau beberapa variabel hampir sama, dinyatakan bahwa Status ekonomi keluarga yang rendah merupakan faktor risiko *stunting* pada anak usia 24-35 bulan. Anak pada keluarga dengan status ekonomi rendah memiliki risiko *stunting* 4,13 kali lebih besar dibanding anak dengan status ekonomi keluarga tinggi. Panjang badan lahir, tinggi badan ayah, tinggi badan Ibu, pendidikan terakhir ibu dan pendidikan terakhir ayah bukan merupakan faktor risiko *stunting*.

Sedangkan dalam penelitian ini justru Riwayat Panjang lahir memiliki 3,7 kali lebih besar dibanding anak yang tidak memiliki riwayat anjang lahir, kemudian diikuti tinggi badan ibu (OR=2,6) dan pola makan ibu (OR = 2,1)

PENUTUP

a. Simpulan

1. Dari 115.300 anak usia 24-35 bulan sebesar 53.622 anak (46,5%) mengalami stunting
2. Dari kejadian stunting tersebut lebih banyak didominasi oleh Riwayat panjang Lahir (OR =3,7), Tinggi Badan Ibu (OR=2,6) dan Pola Makan ibu (OR=2,1)
3. Dari 12 variabel yang dimasukkan sebagai variabel yang dominan mempengaruhi kejadian stunting pada anak usia 24-36 bulan, yang dominan mempengaruhi adalah Riwayat Panjang Lahir, TB ibu, Pola Makan Ibu

b. Saran

Mengingat Pengaruh Dominan kejadian stunting adalah Riwayat Panjang Lahir, Tinggi Badan Ibu, Pola Makan Ibu sehingga perlu diperhatikan faktor-faktor tersebut sebagai upaya pencegahan kejadian *stunting*

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, M. (1996). *Faktor-faktor Risiko Ibu Hamil Untuk Kejadian BBLR* di kab. Magelang. Program PS UGM, Yogyakarta
- Balitbangkes. 2010. *Riset Kesehatan Dasar*. Kementerian kesehatan RI. Jakarta
- _____. 2012. *Buku Panduan Penyusunan Proposal, protokol dan laporan akhir*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta
- _____. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta

Cunningham, FG. *Obstetri Williams*. EGC. Jakarta, 2006

Dillon William R. *Multivariate Analysis. Methods and Application*. John Wiley and Son. NY

Gibson, R. S. (2005) *Principles of Nutrition Assessment*. Oxford University Press;

Kukuh Eka Kusuma. 2013. *Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Usia 2-3 Tahun (Studi di Kecamatan Semarang Timur)*. PS Ilmu Gizi FK Undip Semarang