

LAPORAN TUGAS AKHIR

HUBUNGAN BERAT BADAN LAHIR DAN ASI EKSLUSIF DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA BALITA 10-36 BULAN DI PUSKESMAS BORTREM TAHUN 2021



Disusun Oleh:

**NAMA : EKA HERLINA
NIM : 2015301009**

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN
PROGRAM SARJANA TERAPAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN
TUANKU TAMBUSAI
2021**

LAPORAN TUGAS AKHIR

HUBUNGAN BERAT BADAN LAHIR DAN ASI EKSLUSIF DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA BALITA 10-36 BULAN DI PUSKESMAS BORTREM TAHUN 2021



Disusun Oleh:

NAMA : EKA HERLINA

NIM : 2015301009

**Diajukan Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Terapan Kebidanan**

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN
PROGRAM SARJANA TERAPAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN
TUANKU TAMBUSAI
2021**

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stunting merupakan suatu kondisi dimana terjadi gagal tumbuh pada anak balita (bawah lima tahun) disebabkan kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi berada dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi dilahirkan. Akan tetapi, kondisi *Stunting* akan muncul setelah anak berusia 2 tahun. Kekurangan gizi berupa energi protein dapat bersifat akut (*wasting*), bersifat kronis (*stunting*) dan bersifat akut dan kronis (*underweight*).

Kurang gizi kronis (*stunting*) dapat berisiko terhadap penyakit dan kematian, anak yang bertahan hidup cenderung memiliki prestasi tidak baik di sekolah. Selain masalah kognitif dan prestasi sekolah, *stunting* juga mempengaruhi produktivitas ekonomi di masa dewasa dan hasil reproduksi ibu (Mayers, 2011). *Stunting* atau pendek merupakan salah satu indikator status gizi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi jangka panjang.

Menurut keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak, pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek). Beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian

stunting antara lain berat badan lahir, panjang badan lahir, usia kehamilan dan pola asuh ibu. Defisiensi energi kronis atau anemia selama kehamilan dapat menyebabkan ibu melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Meilyasari, 2014).

Kejadian *stunting* yang berlangsung sejak masa kanak-kanak memiliki hubungan terhadap perkembangan motorik lambat dan tingkat intelegensi lebih rendah (Martorell *et al*, 2010). Anak balita usia (9-24 bulan) yang *stunting* selain memiliki tingkat intelegensi lebih rendah, juga memiliki penilaian lebih rendah pada lokomotor, koordinasi tangan dan mata, pendengaran, berbicara, maupun kinerja jika dibandingkan dengan anak normal (Changetal, 2010).

Dampak *stunting* tidak hanya dirasakan oleh individu yang mengalaminya, tetapi juga berdampak terhadap roda perekonomian dan pembangunan bangsa. Hal ini karena sumber daya manusia *stunting* memiliki kualitas lebih rendah dibandingkan dengan sumber daya manusia normal (Oktarina, 2013). *Stunting* atau pendek merupakan salah satu indikator status gizi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi jangka panjang.

Konsekuensi jangka panjang dari *stunting* pada masa kanak-kanak adalah perawakan pendek, mengurangi kapasitas kerja dan peningkatan risiko hasil reproduksi yang buruk. Dengan demikian, anak-anak akan menjadi terhambat, mereka cenderung tetap terhambat ketika dewasa akibat dari insiden prevalensi *stunting*. Oleh karena itu penting untuk memahami

pemodelan efek spesifik usia penyebab *stunting* pada awal masa bayi dan kanak-kanak, sehingga langkah-langkah pencegahan dapat diambil (Guilkey, 2017).

Berdasarkan hasil riset Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) tahun 2019 menjelaskan bahwa jumlah balita *stunting* di Indonesia saat ini mencapai 27,67%. Artinya, terdapat 6,3 juta dari populasi 23 juta balita di Indonesia yang mengidap masalah *stunting*. Jumlah yang telah melampaui nilai standar maksimal dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yakni sebesar 20% atau seperlima dari jumlah total anak balita dalam suatu negara (Kemenkes RI, 2019).

Berdasarkan Bapennas tahun 2019, pemerintah berusaha menurunkan angka *stunting* dengan menetapkan 160 kabupaten prioritas. Kemudian tahun 2020 terdapat 260 kabupaten/ kota yang ditetapkan sebagai wilayah prioritas penanganan *stunting*. Selanjutnya pada 2021 ditetapkan 360 kabupaten/kota wilayah prioritas penanganan *stunting*, serta 514 kabupaten/kota pada 2023 dan 2024. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan bahwa prevalensi anak *stunting* di Provinsi Riau adalah 27,4%, dimana terdiri dari (10,3% sangat pendek dan 17,1% pendek).

Adapun prevalensi status gizi sangat pendek dan pendek pada balita menurut Kabupaten/Kota Provinsi Riau 2018, Kabupaten/ Kota dengan prevalensi *stunting* tertinggi adalah Rokan Hilir yaitu 38,1% yang diikuti oleh Bengkalis yaitu 32,3% dan Indragiri Hulu yaitu 32,2%. Prevalensi *stunting*

menjadi masalah kesehatan masyarakat apabila mencapai 20% dan perlu melakukan penanganan sebelum terjadi peningkatan (WHO, 2014).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Rokan Hilir tahun 2020 angka kejadian *stunting* pada balita sebesar 28,81% dengan jumlah prevalensi sangat pendek sebesar 395 anak balita dan jumlah prevalensi pendek adalah 1524 anak balita. Data *stunting* per puskesmas se kabupaten rokan hilir dapat dilihat pada Tabel berikut ini:

Tabel 1.1 Data Stunting TB / U di Kabupaten Rokan Hilir

No	Puskesmas	Stunting		Tinggi	Normal	Total	Stunting (%)
		Sangat Pendek	Pendek				
1	Sedinginan	36	66	19	2828	2949	3
2	Pujud	68	207	12	2160	2447	11
3	Tanah Putih	1	56	0	926	983	5
4	Rantau Kopar	15	34	3	111	163	30
5	Tanjung Medan	50	247	25	2271	2593	11
6	Bagan Batu	7	39	2	4395	4443	1
7	Simpang Kanan	0	0	0	427	427	0
8	Bortrem	80	224	33	1927	2264	13
9	Balai Jaya	10	88	6	1776	1880	5
10	Teluk Merbau	0	22	38	1512	1572	1
11	Rantau Panjang Kiri	19	71	0	1180	1270	7
12	Panipahan	19	112	25	1628	1784	7
13	Bagan Siapiapi	16	112	26	2878	3032	4
14	Bagan Punak	28	94	1	1876	1999	6
15	Sinaboi	14	27	12	973	1026	3
16	Bantaian	0	0	1	839	840	0
17	Pedamaran	10	18	0	1343	1371	2
18	Rimbo Melintang	12	42	24	1195	1273	4
19	Bangko Jaya	9	60	0	1924	1993	3
20	Bangko Kanan	1	5	1	1140	1147	0,5

Sumber: Dinkes Rohil Gizi Terpadu, 2020.

Berdasarkan Tabel 1.1 terlihat Puskesmas Bortrem kasus *stunting* tertinggi setelah rantau kopar yaitu sangat pendek sejumlah 80 balita dan pendek 224 balita. Berdasarkan hasil survey awal di Puskesmas Bortrem Kabupaten Rohil pada tanggal 26 mei 2021, terdapat jumlah balita sebanyak 1927 orang anak, berdasarkan status gizi TB/U didapatkan 304 orang anak

yang mengalami *stunting*. Data *Stunting* di Wilayah Puskesmas Bortrem dapat dilihat pada Tabel 1.2.

Tabel 1.2 Data Stunting Puskesmas Bortrem

No	Nama Desa	Sangat Pendek	Pendek	Tinggi	Normal	Total	<i>Stunting (%)</i>
1	Bagan Sinembah Kota	19	38	3	434	494	11
2	Harapan Makmur Selatan	6	44	2	157	209	23
3	Harapan Makmur	5	7	3	40	55	21
4	Bagan Sinembah	3	7	4	208	222	4
5	Salak	0	4	0	32	36	11
6	Panca Mukti	1	3	3	83	90	4
7	Makmur Jaya	11	39	7	188	245	20
8	Bagan Sinembah Barat	10	10	3	256	279	7
9	Bagan Sinembah Timur	1	33	1	197	232	14
10	Bagan Sinembah Utara	5	12	1	133	151	11
11	Ampaian Rotan Makmur	6	6	0	64	76	15
12	Sukajadi Jaya	9	11	2	53	75	26
13	Bagan Sinembah Jaya	4	10	4	82	100	14
Jumlah		80	224	45	1.927	2264	13,42

Sumber: Puskesmas Bortrem Gizi Terpadu, 2020.

Berdasarkan Tabel 1.2 terlihat kasus *stunting* di Puskesmas Bortrem sejumlah 304 balita, diantaranya 80 orang anak balita yang sangat pendek, dan 224 orang anak yang pendek. Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya *stunting* sangat banyak diantaranya yaitu BBLR. Hal ini didukung oleh penelitian Tiwari *et al* (2014) menjelaskan bahwa bayi yang berat lahirnya kurang dari 2.500 gram akan membawa risiko kematian, gangguan pertumbuhan anak, termasuk dapat berisiko menjadi pendek jika tidak ditangani dengan baik. Penelitian yang dilakukan oleh Akombi *et al* (2017) di Nigeria juga menyebutkan bahwa anak yang mengalami BBLR berisiko menderita *stunting*.

Pemberian ASI eksklusif kurang dari enam bulan juga merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan terjadinya *stunting*. Tiwari *et al* (2014) yang menyatakan bahwa anak yang diberi ASI eksklusif kemungkinan menderita *stunting* lebih rendah jika dibandingkan anak yang tidak diberi ASI eksklusif. Kemudian Status ekonomi juga berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 0-59 bulan, anak dengan keluarga yang memiliki status ekonomi yang rendah cenderung mendapatkan asupan gizi yang kurang.

Faktor lain risiko kejadian *stunting* adalah riwayat imunisasi dasar pada Balita Usia 12-36 Bulan. Hasil penelitian Swathma *et al* (2016) menyebutkan bahwa balita yang memiliki riwayat imunisasi dasar yang tidak lengkap mempunyai risiko mengalami *stunting* 6,044 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang memiliki riwayat imunisasi dasar lengkap. Berdasarkan hasil wawancara pada tanggal 15 April sampai dengan 15 Mei 2021 dengan 23 orang ibu yang memiliki anak *stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem dapat disimpulkan bahwa anak yang risiko *stunting* adalah anak yang lahir dengan berat badan lahir rendah dan riwayat pemberian ASI eksklusif.

Dengan diketahuinya fakta-fakta tersebut maka akan diteliti lebih lanjut tentang hubungan berat badan lahir dan asi eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita 10-36 bulan di Puskesmas Bortrem tahun 2021.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang diatas, maka peneliti ingin mengetahui hubungan berat badan lahir dan asi eksklusif dengan kejadian stunting pada balita 10-36 bulan di puskesmas bortrem tahun 2021 yaitu sebagai berikut:

1. Apakah faktor berat badan lahir balita berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita usia 10-36 bulan di Puskesmas Bortrem?
2. Apakah faktor pemberian ASI eksklusif berhubungan dengan kejadian stunting pada balita di Puskesmas Bortrem?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan berat badan lahir dan asi eksklusif dengan kejadian stunting pada balita 10-36 bulan di puskesmas bortrem tahun 2021.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya distribusi frekuensi berat badan lahir dan pemberian ASI eksklusif pada balita usia 10-36 bulan di Puskesmas Bortrem tahun 2021.
- b. Menganalisis hubungan antara faktor berat badan lahir dengan kejadian *stunting* pada balita usia 10-36 bulan di Puskesmas Bortrem tahun 2021.

- c. Menganalisis hubungan antara faktor pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita usia 10-36 bulan di Puskesmas Bortrem 2021.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk teori dan menambah hasil informasi ilmiah yang berhubungan dengan kejadian *stunting*.

2. Aspek Praktis

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan dan informasi untuk menurunkan prevalensi *stunting* pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. *Stunting*

a. Pengertian *Stunting*

Stunting adalah keadaan status gizi seseorang berdasarkan z skor tinggi badan (TB) terhadap umur (U) dimana terletak pada $< -SD$. Indeks TB/U merupakan indeks antropometri yang menggambarkan keadaan gizi pada masa lalu dan berhubungan dengan kondisi lingkungan dan sosial ekonomi. Pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunting* (pendek) dan *severely stunting* (sangat pendek) (Senbanjo, 2011).

Stunting adalah balita dengan status gizi yang berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umurnya bila dibandingkan dengan standar baku WHOMGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) tahun 2006, nilai z score nya kurang dari $-2SD$ dan dikategorikan sangat pendek jika nilai z -score nya kurang dari $-3SD$ (TNP2K, 2017). *Stunting* adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama

akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi (MCA, 2017).

Stunting atau disebut dengan “pendek” merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama dalam 1.000 hari pertama kehidupan sehingga anak terlalu pendek untuk usianya (PERSAGI, 2018). Penilaian status gizi balita yang paling sering dilakukan adalah dengan cara penilaian antropometri. Secara umum antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Standar Antropometri anak digunakan untuk menilai atau menentukan status gizi anak (Permenkes, 2020).

Penilaian status gizi Anak dilakukan dengan membandingkan hasil pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan dengan Standar Antropometri Anak. Klasifikasi penilaian status gizi berdasarkan Indeks Antropometri sesuai dengan kategori status gizi pada *WHO Child Growth Standards* untuk anak usia 0-5 tahun (Permenkes, 2020).

Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) yang dinyatakan dengan standar deviasi unit z (*Z- score*) (Permenkes, 2020). Untuk mengetahui balita *stunting* atau tidak indeks yang digunakan adalah

indeks panjang badan/tinggi badan menurut umur. Tinggi badan merupakan parameter antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan tulang. Tinggi badan menurut umur adalah ukuran dari pertumbuhan linear yang dicapai, dapat digunakan sebagai indeks status gizi atau kesehatan masa lampau (Permenkes, 2020).

Tinggi badan dalam keadaan normal akan bertambah seiring dengan bertambahnya umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh kekurangan zat gizi terhadap tinggi badan akan tampak dalam waktu yang relatif lama sehingga indeks ini dapat digunakan untuk menggambarkan status gizi pada masa lalu (Supriasa, 2001).

Berikut klasifikasi status gizi *stunting* berdasarkan indikator tinggi badan per umur (TB/U) sebagai berikut:

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Panjang Badan atau Tinggi Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U anak usia 0 – 60 bulan	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sd < - 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD

Sumber: Permenkes, 2020

Keterangan:

PB : Panjang Badan

TB : Tinggi Badan

U : Umur

SD : Standar Deviasi

b. Faktor Penyebab *Stunting*

Menurut WHO (2014) penyebab *stunting* tidak hanya karena kekurangan gizi saja namun disebabkan oleh beberapa faktor lainnya yang saling berkaitan, yaitu sebagai berikut:

1) Faktor keluarga dan rumah tangga

Faktor keluarga dan rumah tangga ini terbagi menjadi 2 aspek, yaitu: faktor maternal yang terdiri atas nutrisi yang buruk (laktasi, prakonsepsi, dan kehamilan), genetik keturunan ibu yang pendek, kehamilan saat usia remaja, infeksi, kesehatan psikologis, anak mengalami prematur, jarak lahir antar saudara yang singkat, serta hipertensi. Faktor maternal ini merupakan faktor yang berhubungan langsung dengan genetika keluarga. Jadi anak dengan *stunting* berkemungkinan besar disebabkan oleh keluarganya.

Faktor yang kedua merupakan faktor lingkungan rumah yang terdiri atas stimulasi dan aktifitas anak yang tidak adekuat, persediaan air bersih dan sanitasi di lingkungan rumah yang buruk, ketidakstabilan pangan, konsumsi makanan rumah tangga yang tidak tepat, rendahnya pendidikan pengasuh, serta buruknya praktik pengasuhan. Pola asuh merupakan suatu faktor dominan yang berpengaruh terhadap meluasnya keadaan perubahan status gizi anak, karena keluarga merupakan orang yang berperan penting dalam hal pemenuhan nutrisi.

2) Pemberian makanan tambahan yang tidak adekuat

Pemberian makanan tambahan yang tidak adekuat dapat dibagi dalam tiga bentuk yaitu buruknya kualitas makanan, praktik makan yang tidak adekuat, serta keamanan pangan dan air. Buruknya kualitas makanan itu dipengaruhi oleh kualitas gizi mikro yang rendah, keberagaman asupan hewani yang terbatas, kandungan anti zat gizi yang tinggi, makanan pendamping yang rendah energi.

Selain pada faktor ini membahas tentang lingkungan yang berhubungan pada pemberian makanan pada anak, seperti buruknya kualitas air dan pangan, tingkat hygiene yang buruk, pengelolaan makanan yang menyimpang dari kebersihan. TNP2K (2017) menyebutkan bahwa faktor kebersihan lingkungan dan sanitasi berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak, karena anak balita rentan terhadap berbagai macam penyakit serta infeksi.

Apabila selama pertumbuhan anak mendapatkan paparan terus menerus dari lingkungan yang kotor akibat kotoran manusia atau bakteri menjadikan zat gizi akan sulit diserap oleh tubuh. Selain itu rendahnya kebersihan lingkungan keluarga dan sanitasinya dapat mengganggu saluran pencernaan, dari hal tersebut mengakibatkan makanan yang harusnya dijadikan

sebagai asupan tumbuh kembang digunakan untuk melawan infeksi dalam tubuh (TNP2K, 2017).

3) Pemberian Air Susu Ibu (ASI)

Kelalaian pemberian ASI berupa keterlambatan inisiasi menyusui dini, pemberian asi yang tidak eksklusif dan pemberhentian ASI sebelum anak berusia dua tahun dapat memicu peningkatan stunting. Pemberian asi yang tidak adekuat menyebabkan anak rentan terkena penyakit dan mengakibatkan anak mengalami asupan gizi kurang dan terjadi *stunting*. Pada anak usia 0-6 bulan hanya mendapat asupan gizi dari asi eksklusif, apabila anak pada usia tersebut mendapatkan praktek pemberian asi yang salah akan menyebabkan gizi kurang yang menghambat pertumbuhan dan perkembangannya.

4) Infeksi

Faktor infeksi dapat berupa infeksi enterik (diare, enteropati, lingkungan dan penyakit cacangan), infeksi saluran pernafasan, proses inflamasi dan berkurangnya asupan makan karena infeksi. Penyakit infeksi yang dialami anak secara tidak langsung berhubungan dengan lingkungan sekitar pada anak seperti halnya penyakit diare. Ancaman stunting akan lebih besar jika anak sering mengalami penyakit seperti diare, karena saat anak mengalami sakit, asupan gizi yang masuk akan

semakin rendah akibat selera makan yang turun dan berakibat pada perlambatan pertumbuhan sel otak. Keadaan ini membuat anak lebih rentan menderita stunting diikuti pertumbuhan fisik serta mentalnya yang terganggu, sehingga potensi dalam diri anak tidak dapat berkembang dengan maksimal (TNP2K, 2017).

c. Dampak *Stunting*

Menurut Kemenkes RI (2016) *stunting* memiliki dampak buruk yang dapat ditimbulkan, dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Sedangkan dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua, serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi.

Anak-anak yang mengalami stunting lebih awal yaitu sebelum usia enam bulan, akan mengalami stunting lebih berat menjelang usia dua tahun. Stunting yang parah pada anak-anak akan terjadi defisit 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 stunting 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 (UNICEF, 1998).

d. Cara Pengukuran *Stunting*

Parameter anthropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Indeks anthropometri merupakan komninsi dari parameter-parameter yang ada. Indeks anthropometri terdiri dari berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Untuk mengetahui balita *stunting* atau tidak indeks yang digunakan adalah indeks tinggi badan menurut umur (TB/U).

Tinggi badan merupakan parameter anthropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan tulang. Tinggi badan menurut umur adalah ukuran dari pertumbuhan linier yang dicapai, dapat digunakan sebagai indkes status gizi atau kesehatan masa lampau. Hasil dari proses yang terakhir ini disebut "*stunting*" atau mendapatkan insufisiensi dari tinggi badan menurut umur (Gibson, 2005).

Indeks tinggi badan memiliki keistimewaan tersendiri, yaitu nilai tinggi badan akan terus meningkat, meskipun laju tumbuh berubah dari pesat pada masa bayi muda kemudian melambat dan

menjadi pesat lagi (*growthspurt*) pada masa remaja, selanjutnya terus melambat dengan cepatnya kemudian berhenti pada usia 18-20 tahun dengan nilai tinggi badan maksimal. Pada keadaan normal, sama halnya dengan berat badan, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertambahan nilai rata-rata tinggi badan orang dewasa dalam suatu bangsa dapat dijadikan indikator peningkatan kesejahteraan, bila belum tercapainya potensi genetik secara optimal (Supariasa, 2002). Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak dapat dilihat pada di bawah ini:

Tabel 2.2 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang	<-3 SD
	Berat badan kurang	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 Bulan	Sangat pendek	<-3 SD
	Pendek	- 3 SD sd <-2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk	<-3 SD
	Gizi kurang	- 3 SD sd <-2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih	> +1 SD sd +2 SD
	Gizi lebih	> +2 SD sd +3 SD
	Obesitas	> +3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 Bulan	Gizi buruk	<-3 SD
	Gizi kurang	- 3 SD sd <-2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih	> +1 SD sd +2 SD
	Gizi lebih	> +2 SD sd +3 SD
	Obesitas	> +3 SD

Sumber: Permenkes, 2020.

e. Upaya Pencegahan *Stunting*

Tingginya kejadian *Stunting* beberapa upaya pencegahan *stunting* yaitu:

- 1) Pemenuhan kebutuhan zat gizi bagi ibu hamil. Ibu hamil harus mendapatkan makanan yang cukup gizi, suplementasi zat gizi (tablet zat besi atau Fe) dan terpantau kesehatannya.
- 2) ASI eksklusif sampai umur 6 bulan dan setelah umur 6 bulan diberi makanan pendamping ASI (MPASI) yang cukup jumlah dan kualitasnya.
- 3) Memantau pertumbuhan balita di posyandu merupakan upaya yang sangat strategis untuk mendeteksi dini terjadinya gangguan pertumbuhan.
- 4) Meningkatkan akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi, serta menjaga kebersihan lingkungan.

Komitmen Indonesia dalam upaya penanggulangan kejadian *stunting* seperti pada bulan September 2012 Pemerintah Indonesia meluncurkan “Gerakan 1.000 Hari Pertama Kehidupan” yang dikenal sebagai 1.000 HPK. Gerakan ini bertujuan mempercepat perbaikan gizi untuk memperbaiki kehidupan anak-anak Indonesia di masa mendatang.

Gerakan ini melibatkan berbagai sektor dan pemangku kebijakan untuk bekerjasama menurunkan prevalensi *stunting* serta bentuk-bentuk kurang gizi lainnya di Indonesia. Pemerintah

bersama pemangku kepentingan lainnya telah menyepakati sejumlah intervensi gizi spesifik, atau langsung, untuk mencegah dan menanggulangi *stunting*, antara lain: Promosi ASI dan Makanan Pendamping ASI yang bergizi:

- 1) Pemberian tablet zat besi-folat atau multivitamin dan mineral untuk ibu hamil dan menyusui,
- 2) Pemberian zat penambah gizi mikro untuk anak,
- 3) Pemberian obat cacing pada anak,
- 4) Pemberian suplemen vitamin A untuk anak balita,
- 5) Penanganan anak dengan gizi buruk,
- 6) Fortifikasi makanan dengan zat gizi mikro seperti Vitamin A, besi dan yodium,
- 7) Pencegahan dan pengobatan malaria bagi ibu hamil, bayi dan anak-anak.

Selain itu, intervensi juga dilakukan dalam sektor-sektor lain untuk menanggulangi penyebab tidak langsung terjadinya kurang gizi, seperti lingkungan yang buruk, kurangnya akses terhadap layanan kesehatan berkualitas, pola asuh yang tidak memadai serta permasalahan ketahanan pangan di tingkat rumah tangga.

2. Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Berat badan lahir sangat terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang anak balita, pada penelitian yang dilakukan oleh Anisa menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang

bermakna antara berat lahir dengan kejadian stunting pada balita. Bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, bayi dengan berat badan lahir rendah akan mengalami hambatan pada pertumbuhan dan perkembangannya serta kemungkinan terjadi kemunduran fungsi intelektualnya selain itu bayi lebih rentan terkena infeksi dan terjadi hipotermi.

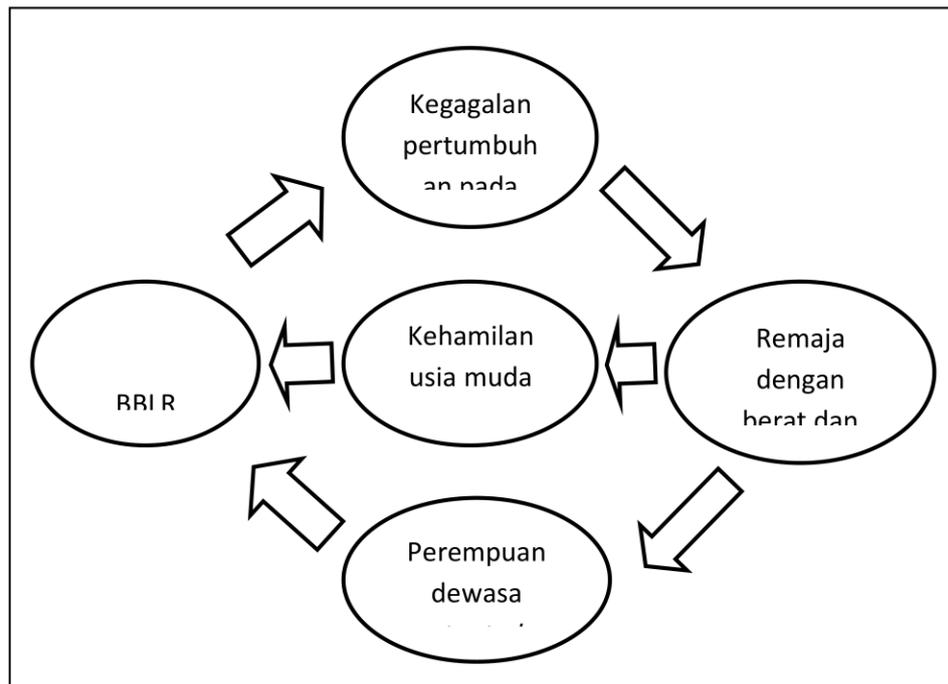
Menurut *World Health Organization* bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat < 2500 gram. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam waktu 1 (satu) jam pertama setelah lahir. BBLR dapat disebabkan oleh durasi kehamilan dan laju pertumbuhan janin. Maka dari itu, bayi dengan berat lahir <2500 gr bisa dikarenakan dia lahir secara prematur atau karena terjadi reterdasi pertumbuhan (Semba, 2001).

Risiko morbiditas dan mortalitas menurun seiring dengan peningkatan umur kehamilan. Namun kegagalan berat terjadi pada populasi kecil yaitu percobaan multisenter memberikan sebuah gambaran yang komprehensif terhadap efek intervensi. Bukti epidemiologis menunjukkan bahwa berat badan lahir berbanding terbalik dengan resiko terjadinya penyakit hipertensi, penyakit kardiovaskular dan diabetes tipe 2 pada masa dewasa. Berat badan lahir yang rendah, maupun penambahan berat badan pasca lahir yang terlalu cepat (makan

pendamping ASI dini) atau kombinasi keduanya, merupakan faktor predisposisi penyakit-penyakit tersebut (Khanna, 2007).

Di Negara berkembang, bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) lebih cenderung mengalami retardasi pertumbuhan intrauteri yang terjadi karena buruknya gizi ibu dan meningkatnya angka infeksi dibandingkan dengan Negara maju (Hneingham, 2008). Dampak dari bayi yang memiliki berat lahir rendah akan berlangsung antar generasi yang satu ke generasi selanjutnya. Anak yang BBLR kedepannya akan memiliki ukuran anthropometri yang kurang di masa dewasa.

Bagi perempuan yang lahir dengan berat lahir rendah, memiliki resiko besar untuk menjadi ibu yang *stunted* sehingga akan cenderung melahirkan bayi dengan berat lahir rendah seperti dirinya. Bayi yang dilahirkan oleh ibu yang *stunted* tersebut akan menjadi perempuan dewasa yang *stunted* juga, dan akan membentuk siklus sama seperti sebelumnya (Semba, 2001). Menurut Semba (2001) menjelaskan bahwa gangguan pertumbuhan antar generasi dapat digambarkan seperti berikut:



Gambar 2.1 Gangguan Pertumbuhan Antar Generasi

Banyak penelitian yang telah meneliti tentang hubungan antara BBLR dengan kejadian stunting diantaranya yaitu penelitian yang dilakukan di Yogyakarta menyatakan hal yang sama bahwa ada hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian stunting. Selain itu, penelitian yang dilakukan di Malawi juga menyatakan prediktor terkuat kejadian *stunting* adalah BBLR.

Semua kelompok lahir beresiko terhadap *stunting* hingga usia 12 bulan, dengan resiko terbesar pada kelompok anak IUGR (*Intra Uterine Growth Retardation*) dan resiko terkecil pada kelompok anak normal. Pada kelompok IUGR berkontribusi terhadap siklus intergenerasi yang disebabkan oleh tingkat ekonomi rendah, penyakit dan defisiensi zat gizi. Hal tersebut menunjukkan bahwa, ibu dengan gizi kurang sejak awal

sampai dengan akhir kehamilan akan melahirkan BBLR, yang kedepannya akan menjadi *stunting* (Kusharisupeni, 2004).

Menurut Lourenco (2012), berat lahir rendah diketahui berkorelasi dengan *stunting*. Dalam analisis multivariate tunggal variabel berat lahir rendah dapat bertahan, hal ini menunjukkan bahwa berat lahir rendah memiliki efek yang besar terhadap *stunting*. Seperti yang telah diketahui sebelumnya, efek dari berat lahir rendah terhadap kesehatan anak adalah faktor yang paling relevan untuk kelangsungan hidup anak (Taguri, 2007).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Medhin (2010), menunjukkan berat lahir merupakan prediktor yang signifikan dalam kejadian *stunting* pada balita. Berikut kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak berdasarkan berat badan menurut umur dan tinggi badan dapat dilihat pada Tabel 2.3.

Tabel 2.3 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Berat Badan menurut Umur dan Tinggi Badan

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangatkurang	<-3 SD
	Berat badan kurang	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih	> +1 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk	<-3 SD
	Gizi kurang	- 3 SD sd < -2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih	> +1 SD sd +2 SD
	Gizi lebih	> +2 SD sd +3 SD
	Obesitas	> +3 SD

Sumber: Permenkes, 2020.

Upaya-upaya pencegahan wajib dilakukan untuk menurunkan kejadian BBLR di masyarakat (Putra, 2016) adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan pemeriksaan kehamilan secara berkala minimal empat kali selama periode kehamilan yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester III.
- b. Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi diet seimbang dan rendah lemak, kalori cukup, vitamin dan mineral termasuk 400 mikrogram vitamin B dan asam folat tiap hari. Pengontrolan berat badan selama kehamilan dari penambahan berat badan awal dikisaran 12,5-15 kg.
- c. Hindari rokok atau asap rokok dan jenis polusi lain, minuman beralkohol dan aktifitas fisik yang berlebihan.
- d. Penyuluhan kesehatan tentang pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, faktor risiko tinggi dalam kehamilan, dan perawatan diri selama kehamilan.

Setiap bayi yang baru saja lahir akan diukur berat dan panjang tubuhnya dan dipantau terus menerus terutama di periode emas pertumbuhannya, yaitu 0 sampai 2 tahun. Dalam kurun waktu 2 tahun ini, orang tua harus berupaya keras agar bayinya tidak memiliki tinggi badan atau panjang badan yang *stunting*. Selama 6 bulan setelah bayi lahir, bayi memerlukan zat gizi makro dan mikro yang hanya cukup diperoleh dari ASI eksklusif. Di atas 6 bulan bayi mulai membutuhkan makanan pendamping ASI yang cukup dan berkualitas untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal (Kemenkes RI, 2015).

3. Pemberian Asi Eksklusif

ASI (Air Susu Ibu) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, lactose dan garam-garam organik yang disekresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu, sebagai makanan utama bagi bayi (Haryono dan Setianingsih, 2014). Maryunani (2010) menyebutkan bahwa pada usia 6 bulan pertama, bayi hanya perlu diberikan ASI saja atau dikenal dengan sebutan ASI eksklusif. Haryono dan Setianingsih (2014) juga menjelaskan bahwa ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi 0-6 bulan tanpa pemberian tambahan cairan lain seperti susu formula, air jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, biskuit, dan nasi tim.

Selama 6 bulan pertama pemberian ASI eksklusif, bayi tidak diberikan makanan dan minuman lain (susu formula, jeruk, madu, air, the dan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, bubur nasi, biskuit dan nasi tim). Sedangkan ASI pendomian adalah memberikan ASI kepada bayi, tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air, misalnya the, sebagai makanan atau minuman preklateal sebelum ASI keluar (Kemenkes, 2010).

Henningham (2008) menjelaskan bahwa pemberian ASI memiliki berbagai manfaat terhadap kesehatan, terutama dalam hal perkembangan anak. Komposisi ASI banyak mengandung asam lemak tak jenuh dengan rantai karbon panjang *Long-chain polyunsaturated fatty acid* (LCPUFA), yang tidak hanya sebagai sumber energi tetapi juga penting untuk

perkembangan otak karena molekul yang dominan ditemukan dalam selubung *myelin*.

Resiko menjadi *stunting* 3,7 kali lebih tinggi pada balita yang tidak diberi ASI Eksklusif (ASI < 6 bulan) dibandingkan dengan balita yang diberi ASI eksklusif (\geq 6 bulan). Penelitian yang dilakukan oleh Teshome (2009), menunjukkan bahwa anak yang tidak mendapatkan kolostrum lebih berisiko tinggi terhadap *stunting*. Hal ini mungkin disebabkan karena kolostrum memberikan efek perlindungan pada bayi baru lahir dan bayi yang tidak menerima kolostrum mungkin memiliki insiden, durasi dan keparahan penyakit yang lebih tinggi seperti diare yang berkontribusi terhadap kekurangan gizi (Teshome, 2009).

Pemberian makanan tambahan yang terlalu dini secara signifikan berkaitan dengan peningkatan resiko infeksi pernapasan dan insiden yang lebih tinggi morbiditas malaria dan infeksi mata. Penelitian di Peru, menunjukkan prevalensi diare secara signifikan lebih tinggi pada anak yang disapih. Hal ini dapat disebabkan karena hilangnya kekebalan tubuh dari konsumsi ASI yang tidak eksklusif dan juga pengenalan makanan tambahan yang tidak higienis yang rentan terhadap penyakit infeksi. Penelitian di Negara maju menunjukkan bahwa menyusui dapat mengurangi kejadian pneumonia dan gastroenteritis (Kalanda, 2006).

Di Indonesia, perilaku ibu dalam pemberian ASI eksklusif memiliki hubungan yang bermakna dengan indeks PB/U, dimana 48 dari 51 anak *stunted* tidak mendapatkan ASI eksklusif (Oktavia, 2011). Penelitian lain

yang dilakukan oleh Istifiani (2011), menunjukkan bahwa umur pertama pemberian MP-ASI berhubungan signifikan dengan indeks status gizi PB/U pada balita.

4. Status Ekonomi dan Pendidikan Orang Tua

Menurut Wibisono (2010) keadaan ekonomi keluarga akan mempengaruhi pemilihan ragam dan kualitas bahan makanan. Apalagi pada masa sekarang saat ekonomi sangat sulit dan harga bahan makanan melambung tinggi dalam keadaan seperti ini ibu harus pandai memilih bahan pangan, makanan bergizi tidak harus mahal. Selain ekonomi, kepercayaan terhadap adat juga dapat mempengaruhi asupan makanan ibu hamil. Misalnya ada kepercayaan bahwa pada waktu hamil ibu dilarang makan ikan karena dikhawatirkan bayinya cacangan dan berbau amis.

Dengan adanya pertumbuhan ekonomi dan adanya peningkatan penghasilan yang berkaitan dengan itu, maka perbaikan gizi akan tercapai dengan sendirinya. Penghasilan merupakan faktor penting penentuan kualitas dan kuantitas makanan dalam satu keluarga. Terdapat hubungan antara pendapatan dan gizi yang menguntungkan, yaitu pengaruh peningkatan pendapatan dapat menimbulkan perbaikan kesehatan dan kondiiskelurga yang menimbulkan interaksi status gizi.

Di Negara berkembang, biasanya masyarakat yang berpengasilan rendah, membelanjakan sebagian besar dari penghasilannya untuk membeli makanan. Tingkat penghasilan juga menentukan jenis pangan

yang akan dikonsumsi. Biasanya di Negara yang memiliki pendapatan perkapita tinggi, pengeluaran bahan pangan protein akan meningkat.

Faktor ekonomi dan lingkungan lebih berpengaruh terhadap pertumbuhan anak dari faktor genetik dan etnik. Status ekonomi rumah tangga dipandang memiliki dampak yang signifikan terhadap probabilitas seorang anak menjadi pendek dan kurus. Dalam hal ini, WHO merekomendasikan status gizi pendek atau *stunting* sebagai alat ukur atas tingkat sosial-ekonomi yang rendah sebagai salah satu indikator untuk memantau ekuitas dalam kesehatan (Zere, 2005).

Astari (2005) menyebutkan bahwa dengan karakteristik ekonomi rendah pada kedua kelompok anak *stunting* dan normal, ternyata kelompok anak normal yang miskin memiliki pengasuhan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok anak *stunting* dari keluarga miskin. Peningkatan pendapatan rumah tangga berhubungan dengan penurunan dramatis terhadap probabilitas *stunting* pada anak. Zere (2003) menunjukkan bahwa peningkatan pendapatan pada penduduk miskin adalah strategi untuk membatasi tingginya kejadian *stunting* dalam sosial ekonomi rendah pada segmen populasi. Malnutrisi terutama *stunting*, lebih dipengaruhi oleh dimensi sosial ekonomi, sehingga harus dilihat dalam konteks yang lebih luas dan tidak hanya dalam ranah biomedis.

Menurut penelitian Semba (2008), di Indonesia dan Bangladesh menunjukkan bahwa anak dari keluarga dengan tingkat ekonomi rendah memiliki resiko *stunting* lebih tinggi dibandingkan anak dari keluarga

sosial ekonomi yang lebih tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa keadaan ekonomi keluarga mempengaruhi kejadian *stunting* pada balita. Selain ekonomi pendidikan orang tua juga mempengaruhi kejadian *stunting*.

Hal ini dijelaskan oleh Astari (2005), tingkat pendidikan ayah pada anak *stunting* lebih rendah dibandingkan dengan anak normal. Hal ini menunjukkan, pendidikan orang tua akan berpengaruh terhadap pengasuhan anak, karena pendidikan yang tinggi pada orang tua akan memahami pentingnya peranan orang tua dalam pertumbuhan anak.

Selain itu, dengan pendidikan yang baik, diperkirakan memiliki pengetahuan gizi yang baik pula. Ibu dengan pengetahuan gizi yang baik akan tahu bagaimana mengelola makanan dengan baik. Lamanya pendidikan ibu berhubungan signifikan positif dengan status gizi balita indeks TB/U (Mastihah, 2005). Semba (2009) juga menjelaskan bahwa pendidikan ayah berhubungan dengan kejadian *stunting* dan memiliki pengaruh yang terbatas dalam membuat keputusan dalam rumah tangga.

Pendidikan tinggi dapat mencerminkan pendapatan yang lebih tinggi dan ayah akan lebih memperhatikan gizi anak. Suami yang lebih terdidik akan cenderung memiliki istri yang juga berpendidikan. Ibu yang berpendidikan diketahui lebih luas pengetahuannya tentang praktik perawatan anak. Keluarga yang berpendidikan hidup dalam rumah tangga yang kecil, hidup lebih layak, dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih baik, dan lebih mahir menjaga lingkungan yang bersih (Taguri, 2007).

Ibu yang berpendidikan akan memperhatikan gizi dan kesehatan anak-anaknya, seperti ASI yang memadai, imunisasi, terapi rehidrasi oral, dan keluarga berencana. Maka dari itu, pendidikan wanita akan menjadi langkah yang berguna dan pengurangan prevalensi malnutrisi, terutama stunting (Sembanjo, 2011).

B. Penelitian Terkait

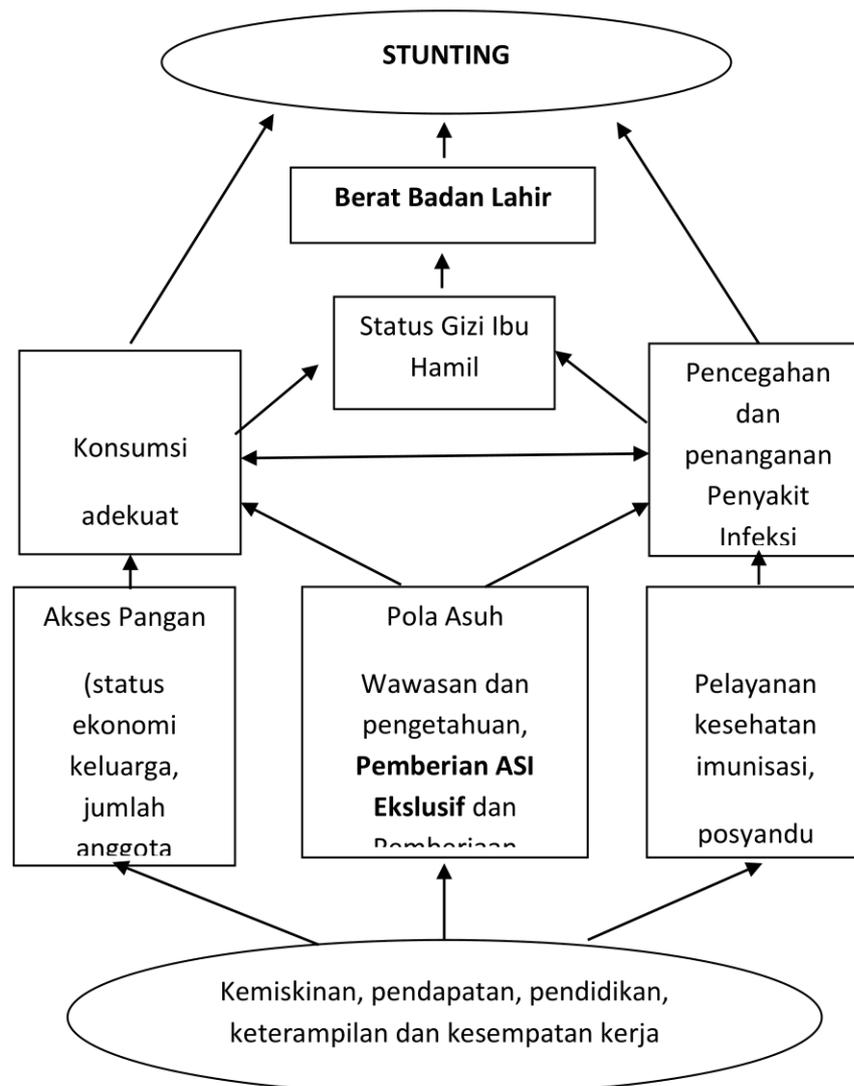
1. Oktarina & Sudiarti (2013), menjelaskan bahwa Balita yang ibunya memiliki tinggi badan pendek, tingkat asupan lemak rendah, jumlah anggota keluarga banyak dan memiliki sumber air minum yang tidak terlindung berisiko mengalami *stunting*. Faktor dominan yang berhubungan dengan *stunting* pada anak adalah ukuran keluarga. Keluarga disarankan agar membatasi jumlah anak sesuai dengan program Keluarga Berencana (KB).
2. Hasil penelitian Akombi, *et al* (2017) menyebutkan bahwa yang mempengaruhi kejadian *stunting* adalah pendidikan ibu rendah, jenis kelamin anak laki-laki, sosial ekonomi yang rendah, berat badan lahir rendah, umur ibu <20 tahun, sumber air minum belum baik, IMT ibu rendah (<18,5), ukuran lahir (kecil), pendidikan ayah rendah dan tempat tinggal (pedesaan).
3. Tiwari *et al* (2014) yang menyatakan bahwa anak yang diberi ASI eksklusif kemungkinan menderita stunting lebih rendah jika dibandingkan anak yang tidak diberi ASI eksklusif. Kemudian Status ekonomi juga berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian stunting

pada anak usia 0-59 bulan, anak dengan keluarga yang memiliki status ekonomi yang rendah cenderung mendapatkan asupan gizi yang kurang.

4. Teshome *et al* (2009) menjelaskan bahwa kesadaran praktik pemberian makan yang tidak tepat adalah faktor risiko utama yang menyebabkan kekurangan gizi di antara anak-anak balita. Dengan demikian, pentingnya pemberian makanan yang tepat selama masa bayi dan anak-anak tidak dapat dilebih-lebihkan. Pengembangan dan pelaksanaan kebijakan pencegahan yang ditujukan untuk mengatasi kekurangan gizi anak juga harus mempertimbangkan daerah surplus pangan negara.

C. Kerangka Teori

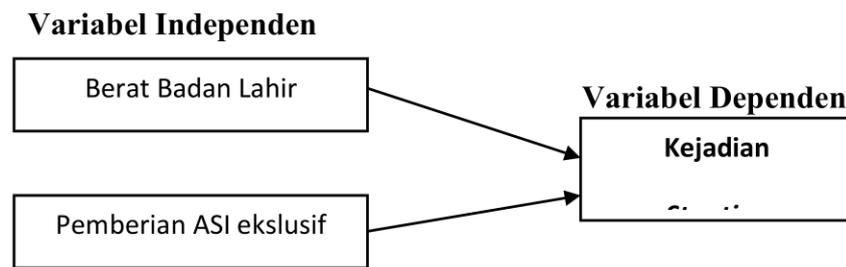
Berdasarkan uraian dalam landasan teori, maka disusun kerangka teori mengenai faktor-faktor penyebab tubuh pendek (*stunting*) adalah sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Teori (Modifikasi Achadi, 2015)

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep suatu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoadmodjo, 2010).



Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang harus diuji validitasnya secara empiris (Sastroasmoro, 2012). Hipotesis yang dapat diajukan pada penelitian ini faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita usia 10-36 bulan di Puskesmas Bortrem tahun 2021. Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ha : Ada hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting* pada balita usia 10-36 bulan.

Ha : Ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita 10-36 bulan.

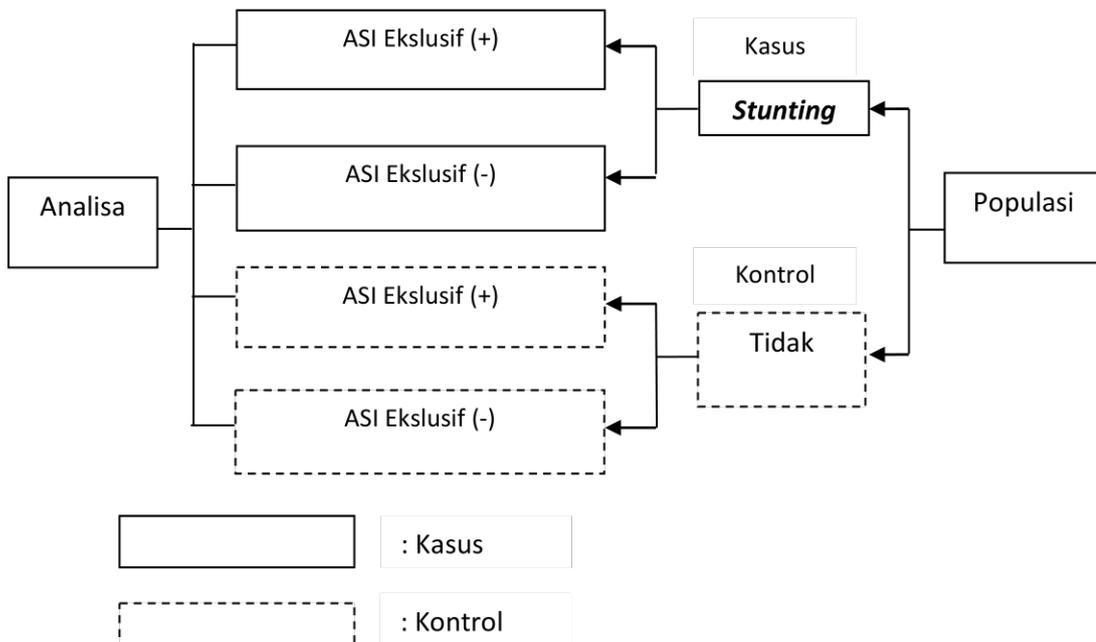
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

1. Rancangan Penelitian

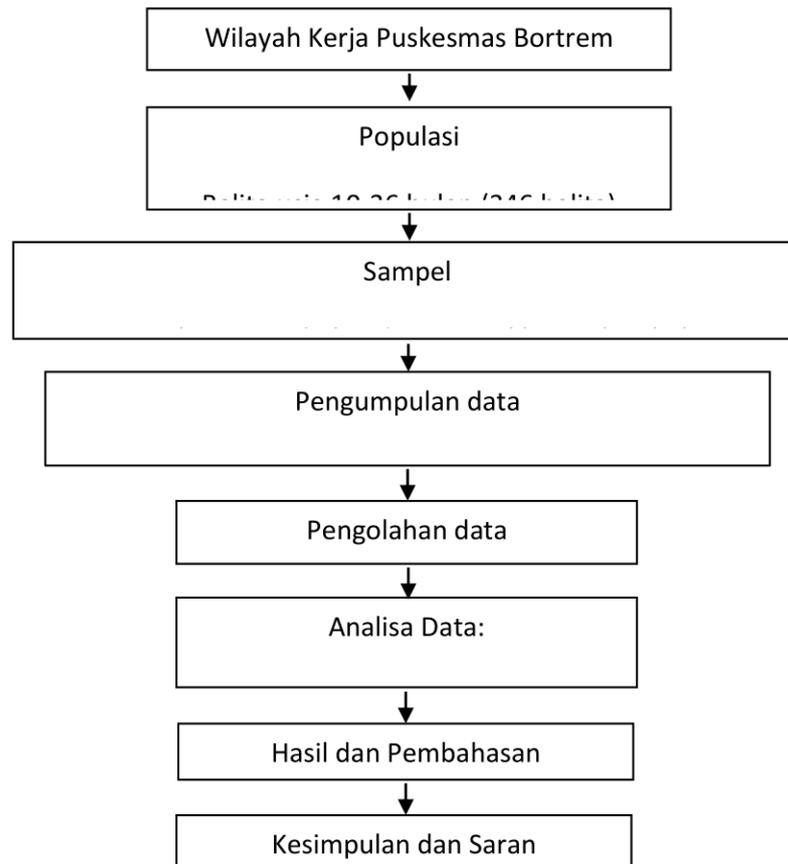
Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *case control* atau studi kasus kontrol retrospektif untuk menganalisis hubungan berat badan lahir dan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita usia 10-36 bulan. Rancangan penelitian *case control* yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada gambar 3.1.



Gambar 3.1 Skema Rancangan *Case Control*

2. Alur Penelitian

Alur penelitian dapat dilihat pada Gambar 3.2.



Gambar 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

a. Tahap Persiapan

Peneliti mengurus surat izin penelitian dari kampus.

b. Tahap Pelaksanaan

- 1) Peneliti menyeleksi responden, pengambilan data dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem.
- 2) Peneliti mengambil data melalui kuesioner atau lembar check list yang diberikan kepada responden.

3) Peneliti mengolah data pada jawaban kuesioner responden melalui uji analisa data.

4) Tahap Penyelesaian

Tahap akhir adalah penyusunan laporan hasil penelitian. Penyusunan ini dilaksanakan setelah data terkumpul kemudian dilakukan analisis statistik menggunakan *software spss* secara univariat dan bivariat.

4. Variabel Penelitian

- a. Variabel Dependen: Kejadian *Stunting*
- b. Variabel Independen: Berat badan lahir dan pemberian ASI Eksklusif

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem pada tanggal 21 Agustus sampai tanggal 10 September tahun 2021.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

a. Populasi Penelitian

Populasi kelompok kasus pada penelitian ini adalah seluruh balita umur 10-36 bulan yang memiliki status stunting (sangat pendek) di Puskesmas Bortrem pada bulan Agustus tahun 2021 sebanyak 30 balita. Populasi kelompok kontrol pada penelitian ini adalah seluruh

balita usia 10-36 bulan di wilayah kerja Puskesmas Bortrem tahun 2021 sebanyak 346 balita.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2010). Jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu 30 sampel kasus dan 30 sampel control. Kriteria sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

a. Kriteria Inklusi

1) Kriteria Inklusi Kelompok Kasus:

- (a) Balita berusia 10-36 berstatus stunting (sangat pendek).
- (b) Balita stunting memiliki buku KIA

2) Kriteria Inklusi Kelompok Kontrol:

- (a) Balita berusia 10-36 tidak stunting
- (b) Balita berusia 10-36 memiliki nilai *Z-score* +3 SD
- (c) Balita yang memiliki buku KIA

b. Kriteria Eksklusi

1) Kriteria Eksklusi Kelompok Kasus dan Kontrol

- (a) Sedang menderita sakit infeksi/kronis saat penelitian.
- (b) Tidak bersedia dijadikan responden penelitian.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Kelompok Kasus

Teknik pengambilan sampel pada kelompok kasus adalah dengan cara *total sampling* yaitu 30 balita stunting (sangat pendek) usia 10-36 bulan di Puskesmas Bortrem pada bulan Agustus 2021.

b. Kelompok Kontrol

Pengambilan sampel pada kelompok kontrol dengan cara *systematic random sampling* yaitu pengambilan acak sampel secara sistematis dengan cara interval (*sampling intervals*). *Sampling intervals* yaitu perbandingan antara populasi dengan sampel yang diinginkan. Dalam penelitian ini, didapatkan interval perbandingan jumlah populasi dan sampel yaitu $346:30 = 11,5$ sehingga interval yang digunakan yaitu 12.

D. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita usia 10-36 bulan di Puskesmas Bortrem. Kuesioner terdiri dari beberapa pernyataan tentang berat lahir balita dan pemberian ASI eksklusif.

E. Prosedur Pengumpulan Data

Sebelum pengumpulan data tahap pertama yang harus dilakukan adalah peneliti menetapkan dan menentukan siapa saja responden yang akan diteliti kemudian peneliti meminta persetujuan yang ditandatangani di

lembar *informed consent*. Data dikumpul adalah data primer dan data sekunder. Data Primer adalah data yang diperoleh peneliti secara langsung dari responden melalui kuesioner yang telah disiapkan oleh peneliti. Data sekunder diperoleh dari buku KIA ibu yang berada di wilayah kerja Puskesmas Bortrem, Dinas Kesehatan Rokan Hilir dan instansi tyang terkait.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian dapat dilihat pada tabel 3.1 di bawah ini:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variable	Defenisi Operasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Dependen				
<i>Stunting</i>	Keadaan status gizi seseorang berdasarkan z-skor tinggi badan (TB) terhadap umur (U) dimana terletak pada <-2 SD. Diperoleh dari pengukuran.	Buku KIA	Ordinal	0 = Sangat Pendek (< -3 SD) 1 = Pendek (-3 SD sd < - 2 SD) 2 = Normal (-2 SD sd +3 SD) (Permenkes, 2020)
Independen				
Berat bayi lahir	Ukuran dari berat atau masa bayi yang di timbang dalam bentuk gram pada waktu 1 jam pertama setelah lahir.	Kuesioner	Ordinal	0 = ≤ 2500gram 1 = ≥2500gram (WHO, 2014)
Pemberian ASI Eksklusif	Cara pemberian ASI eksklusif pada bayi dalam kurun 6 bulan pertama setelah lahir.	Kuesioner	Ordinal	0 = Tidak ASI eksklusif (< 6 bulan (diberikan MP-ASI) 1 = ASI eksklusif (6 bulan (tidak diberikan MP-ASI) (Kemenkes, 2014)

Sumber: Peneliti, 2021

G. Analisa Data

1. Pengolahan Data

- a. *Editing* (pemeriksaan data), yaitu memeriksa kelengkapan dan kebenaran data yang dicatat dalam format pengumpulan data. Peneliti melakukan koreksi pada kelengkapan ataupun kesalahan pencatatan data.
- b. *Coding* (pemberian kode), yaitu kegiatan mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. *Coding* berguna untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada *entry* data.
 - 1) Berat bayi lahir
Kode 0 = BBLR
Kode 1 = Normal
 - 2) Asi eksklusif
Kode 0 = Tidak
Kode 1 = Ya
 - 3) *Stunting* pada anak
Kode 0 = Sangat Pendek
Kode 1 = Pendek
Kode 2 = Normal

c. *Entry* (memasukkan data)

Setelah editing dan coding selesai, kemudian data dimasukkan dalam master tabel dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, proses ini menggunakan proses komputerisasi.

d. *Tabulating* (tabulasi data)

Tabulasi dilakukan dengan memindahkan data kode ke dalam tabel-tabel, diagram yang tersedia dengan menggunakan tabel distribusi.

e. *Cleaning* (membersihkan data)

Data diperiksa kembali dan semua data telah di isi dengan lengkap dan benar.

2. Analisa Data

a) Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan dengan menggunakan statistik deskriptif untuk mengetahui distribusi frekuensi dan presentase dari masing-masing variabel. Dalam penelitian analisis univariat terdiri dari berat bayi lahir dan pemberian ASI eksklusif. Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$P = \frac{X}{Y} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Persentase subjek pada kategori tertentu

X = \sum sampel dengan karakteristik tertentu

Y = \sum sampel total

Pengujian status stunting dengan menghitung Z score. Nilai simpangan baku bila lebih dari median/rata-rata, maka +1SD, sedangkan bila nilainya kurang dari median/rata-rata maka besarnya adalah -1 SD. Untuk mendapatkan nilai simpangan baku dapat dilihat pada Lampiran 2 (Permenkes No 2 Tahun 2020). Rumus Z score dapat dilihat di bawah ini:

$$\text{Rumus Z Score} = \frac{(\text{Nilai Pengukuran} - \text{Nilai Median Baku Rujukan})}{\text{Nilai Simpangan baku rujukan}}$$

Kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks dapat dilihat pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Panjang Badan atau Tinggi Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U anak usia 0 – 60 bulan)	Sangat Pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sd < - 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD

Sumber: Permenkes, 2020

Keterangan:

PB : Panjang Badan

TB : Tinggi Badan

U : Umur

SD : Standar Deviasi

b) Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji statistik *chi aquare*. Untuk melihat ada hubungan

variabel independen dengan variabel dependen. Jika nilai $p \leq 0,05$ maka secara statistik disebut ada hubungan, jika nilai $p > 0,05$ maka hasil hitungan disebut tidak ada hubungan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Puskesmas Bortrem

Puskesmas Bortrem merupakan salah satu Puskesmas baru di Kabupaten Rokan Hilir, dan berdasarkan Keputusan Bupati Rokan Hilir No.492 Tahun 2016, Puskesmas Bortrem termasuk kategori Puskesmas Non Rawat Inap yang berada di Pedesaan. Puskesmas Bortrem Berada di Kecamatan Bagan Sinembah Raya Kabupaten Rokan Hilir, dengan Titik Kordinat 1,8031472, 100,4381480, 100m, 35°. dengan batas-batas sebagai berikut:

- Sebelah Utara : Berbatasan dengan Kecamatan Kubu dan Simpang Kanan
- Sebelah Timur : Berbatasan dengan Kecamatan Balai Jaya
- Sebelah Selatan : Berbatasan dengan Kecamatan Bagan Sinembah
- Sebelah Barat : Berbatasan dengan Kecamatan Bagan Sinembah dan Simpang Kanan

Puskesmas Bortrem dibentuk pada tanggal 16 Februari 2016 dengan luas wilayah kerja 27.243.75 Ha, yang terdiri dari 13 (Tiga belas) Kelurahan/Kepenghuluan yaitu: Kelurahan Bagan Sinembah Kota, Kepenghuluan. Harapan Makmur Selatan, Kepenghuluan. Harapan Makmur, Kepenghuluan Makmur Jaya, Kepenghuluan Sukajadi Jaya, Kepenghuluan Panca Mukti, Kepenghuluan Bagan Sinembah,

Kepenghuluan Salak, Kepenghuluan Bagan Sinembah Barat, Kepenghuluan Ampaian Rotan Makmur, Kepenghuluan Bagan Sinembah Jaya, Kepenghuluan Bagan Sinembah Utara, Kepenghuluan Bagan Sinembah Timur, dengan jarak tempuh terjauh dari desa ke Puskesmas sejauh kurang lebih 25 km.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Peneliti melakukan penelitian mulai tanggal 21 Agustus sampai tanggal 10 September 2021 dengan judul hubungan berat badan lahir dan ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita 10-36 bulan di Puskesmas Bortrem tahun 2021. Penelitian ini menggunakan desain case control. Jumlah keseluruhan sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 60 balita, terdiri dari balita stunting (sangat pendek) usia 10-36 bulan sebanyak 30 balita sebagai kelompok kasus dan 30 balita usia 10-36 bulan yang tidak stunting sebagai kelompok kontrol.

Variabel yang dianalisis dengan menggunakan analisis univariat adalah pendidikan ayah, pendidikan ibu, pekerjaan ayah, pekerjaan ibu, pendapatan ayah, berat lahir, dan ASI Eksklusif. Data disajikan dalam tabel distribusi frekuensi.

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Kejadian Stunting Berdasarkan Orang Tua Balita Stunting di Puskesmas Bortrem

No	Variabel	Kasus		Kontrol		Jumlah	
		n	%	n	%	n	%
1	Pendidikan Ayah						
	- SMP	4	13	4	13	8	13
	- SMA	17	57	19	63	36	60
	- PT	9	30	7	21	16	27
	Jumlah	30	100	30	100	60	100
2	Pendidikan Ibu						
	- SMP	6	20	4	13	10	17
	- SMA	18	60	21	70	39	65
	- PT	6	20	5	17	11	18
	Jumlah	30	100	30	100	60	100
3	Pekerjaan Ayah						
	- PNS	3	10	3	10	6	10
	- Pegawai Swasta	12	40	11	37	23	38
	- Petani	10	33	11	37	21	35
	- Pedagang	5	17	5	16	10	17
	Jumlah	30	100	30	100	60	100
4	Pekerjaan Ibu						
	- PNS	1	3	1	3	2	3
	- Pegawai Swasta	5	17	5	17	10	17
	- Petani	0	0	3	10	3	5
	- Pedagang	2	7	4	20	6	22
- IRT	22	73	17	10	39	65	
	Jumlah	30	100	30	100	60	100
5	Pendapatan Ayah						
	- ≤ 2.506.141	4	13	8	27	12	20
	- > 2.506.141	26	87	22	73	48	80
	Jumlah	30	100	30	100	60	100

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa dari 30 responden kelompok kasus, terdapat 17 responden (57%) pendidikan ayah SMA, 18 responden (60%) pendidikan ibu SMA. Berdasarkan pekerjaan, dari 30 responden, terdapat 12 responden (40%) pekerjaan ayah adalah sebagai pegawai swasta serta terdapat 22 responden (73%) pekerjaan ibu sebagai ibu rumah tangga. Kemudian dari 30 responden terdapat 26 responden (87%) memiliki penghasilan diatas Rp. 2.506.141.

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Kejadian Stunting berdasarkan Jenis Kelamin Balita di Puskesmas Bortrem

No	Variabel	Kasus		Kontrol		Jumlah	
		n	%	n	%	n	%
1	Jenis Kelamin						
	- Laki-laki	16	53	14	47	31	52
	- Perempuan	14	47	16	53	29	48
	Jumlah	30	100	30	100	60	100

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa dari 30 balita terdapat 16 (53%) kelompok kasus adalah berjenis kelamin laki-laki.

2. Hasil Analisis Univariat

Berdasarkan pengolahan data kuesioner, maka hasil analisis univariat dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Analisa Berat Lahir Terhadap Kejadian Stunting umur 10-36 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem

No	Variabel	Kasus		Kontrol		Jumlah	
		n	%	n	%	n	%
1	Berat Lahir						
	- ≤ 2500 gram	9	30	13	43	22	37
	- > 2500 gram	21	70	17	57	38	63
	Jumlah	30	100	30	100	60	100

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa dari 30 balita terdapat 9 (30%) kelompok kasus lahir dengan berat lahir ≤ 2500 gram. Dari 30 balita kelompok kontrol yang lahir dengan berat lahir ≤ 2500 gram sebanyak 13 balita (43%).

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Analisa Pemerian ASI Eksklusif Terhadap Kejadian Stunting umur 10-36 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem

No	Variabel	Kasus		Kontrol		Jumlah	
		n	%	N	%	N	%
1	Pemberian ASI						
	- Tidak Eksklusif	26	87	12	40	38	63
	- Eksklusif	4	13	18	60	22	37
	Jumlah	30	100	30	100	60	100

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa dari 30 balita terdapat 26 (87%) kelompok kasus tidak mendapatkan ASI Eksklusif. Dari 30 balita kelompok kontrol terdapat 12 (40%) tidak mendapatkan ASI Eksklusif.

3. Hasil Analisis Bivariat

Hasil pengujian analisis Bivariat dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.5 Hubungan Berat Lahir dengan Kejadian Stunting umur 10-36 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem

Berat Lahir	Kejadian Stunting				Total		OR (CI 95%)	p value
	Kasus		Kontrol		f	%		
	f	%	f	%				
≤2500 gram	9	30	13	43	22	37	0,560	0,422
> 2500 gram	21	70	17	57	38	63	(0,193-	
Total	30	100	30	100	60	100	1,623)	

Berdasarkan Tabel 4.5 dapat dilihat bahwa dari 30 responden pada kelompok kasus, 21 responden (70%) memiliki berat lahir > 2500 gram beresiko stunting, sedangkan dari 30 responden pada kelompok kontrol, terdapat 13 responden (43%) yang memiliki berat badan ≤ 2500 gram tidak stunting. Hasil uji statistik *chi square* diperoleh p value = 0,422 artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara berat badan lahir dengan kejadian stunting di wilayah Kerja Puskesmas Bortrem. Nilai *Odds Ratio* (OR) = 0,560 (CI 95% =1,193-1,623) artinya balita

dengan berat lahir ≤ 2500 gram hanya mempunyai kemungkinan 0,560 kali mengalami stunting dibandingkan balita yang berat lahir > 2500 gram.

Tabel 4.6 Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting umur 10-36 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem

Pemberian ASI Eksklusif	Kejadian Stunting				Total		OR (CI 95%)	p value
	Kasus		Kontrol		f	%		
	f	%	F	%				
- Tidak ASI Eksklusif	26	87	12	40	38	63	9,750	0,000
- Eksklusif	4	13	18	60	22	37	(2,707-35,112)	
Total	30	100	30	100	60	100		

Berdasarkan Tabel 4.6 dapat dilihat bahwa dari 30 responden pada kelompok kasus, 26 responden (87%) yang tidak ASI Eksklusif sedangkan dari 30 responden pada kelompok kontrol, terdapat 12 responden (40%) tidak mendapatkan ASI Eksklusif. Hasil uji statistik *chi square* diperoleh p value = 0,000 artinya ada hubungan yang signifikan antara ASI Eksklusif dengan kejadian stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem. Nilai *Odds Ratio* (OR) = 9,750 (CI 95% =2,707-35,112) artinya balita yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif mempunyai kemungkinan 9,750 kali mengalami kejadian stunting dibandingkan dengan balita yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif.

BAB V

PEMBAHASAN

Stunting merupakan keadaan status gizi seseorang berdasarkan z-skor tinggi badan (TB) terhadap umur (U) dimana terletak pada <-2 SD. Tinggi badan dalam keadaan normal akan bertambah seiring bertambahnya umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh kekurangan zat gizi terhadap tinggi badan akan tampak dalam waktu yang relatif lama sehingga indeks ini dapat digunakan untuk menggambarkan status gizi pada balita.

Masalah stunting atau kurang gizi tidak mudah dikenali oleh pemerintah dan masyarakat bahkan keluarga karena balita tidak tampak sakit. Terjadinya kejadian kurang gizi tidak selalu didahului oleh terjadinya bencana, kurang pangan, dan kelaparan seperti kurang gizi pada dewasa. Hal ini berarti dalam kondisi pangan melimpah masih mungkin terjadi kasus kurang gizi atau stunting pada balita. Penelitian ini melihat hubungan berat badan lahir dan pemberian ASI Eksklusif dengan kejadian stunting pada Balita 10-36 bulan di Puskesmas Bortrem.

Berdasarkan hasil penelitian yang ditemui dan dibandingkan dengan teori-teori yang ada, maka dibuat pembahasan sesuai dengan variabel penelitian sebagai berikut:

A. Hubungan Berat Badan Lahir Dengan Kejadian *Stunting* Pada Balita Usia 10-36 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada balita usia 10-36 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem menyebutkan bahwa balita berat lahir \leq 2500 gram yang mengalami *stunting* sebanyak 30%. Sebesar 67% balita dengan berat lahir $>$ 2500 gram beresiko *stunting*. Walaupun berat lahir $>$ 2500 gram beresiko *stunting*, hal ini bisa disebabkan dari faktor-faktor lain. Hasil uji statistik *chi square* diperoleh *p value* = 0,422 artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting* di wilayah Kerja Puskesmas Bortrem. Nilai *Odds Ratio* (OR) = 0,560 (CI 95% =1,193-1,623) artinya balita dengan berat lahir \leq 2500 gram hanya mempunyai kemungkinan 0,560 kali mengalami *stunting* dibandingkan balita yang berat lahir $>$ 2500 gram.

Berdasarkan hasil penelitian dari 30 ibu sebanyak 9 (30%) ibu memiliki pendidikan yang tinggi. Menurut Haile (2013) menyatakan bahwa balita yang terlahir dari orang tua yang berpendidikan berpotensi lebih rendah menderita *stunting* dibandingkan balita yang memiliki orang tua yang tidak berpendidikan. Hal ini dikarenakan orang tua yang memiliki pendidikan tinggi lebih mudah untuk menerima edukasi kesehatan selama kehamilan, misalnya dalam pentingnya memenuhi kebutuhan nutrisi saat hamil dan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan.

Kemudian hasil penelitian menunjukkan ada sebanyak 43% balita berat lahir $<$ 2500 gram tidak *stunting* dan memiliki tinggi badan normal. Berat

lahir merupakan indikator untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan kesehatan jangka panjang dan pengembangan psikososial. Berat lahir juga mencerminkan kualitas perkembangan intra uterin dan pemeliharaan kesehatan mencakup pelayanan kesehatan yang diterima oleh ibu selama kehamilannya. Berat bayi lahir rendah (BBLR) diartikan sebagai berat bayi ketika lahir kurang dari 2500 gram dengan batas atas 2499 gram.

Banyak faktor yang mempengaruhi kejadian BBLR terutama yang berkaitan dengan ibu selama masa kehamilan. Berat badan ibu kurang dari 50 kg, keluarga yang tidak harmonis termasuk didalamnya adalah kekerasan dalam rumah tangga dan tidak adanya dukungan dari keluarga selama masa kehamilan, gizi ibu buruk terutama selama masa kehamilan, kenaikan berat badan selama kehamilan kurang dari 7 kg, infeksi kronis, tekanan darah tinggi selama kehamilan, kadar gula darah ibu tinggi selama kehamilan, merokok, alcohol, dan genetik merupakan beberapa faktor penyebab bayi yang dilahirkan BBLR (Reyes, 2005).

Dampak dari bayi yang memiliki berat lahir rendah akan berlangsung antar generasi yang satu ke generasi berikutnya. Anak yang BBLR kedepannya akan memiliki ukuran anthropometri yang kurang di masa dewasa. Bagi perempuan yang lahir dengan berat rendah, memiliki resiko besar untuk menjadi ibu yang *stunted* sehingga akan cenderung melahirkan bayi yang dengan berat rendah seperti dirinya antara anak balita yang *stunting* dengan yang normal memiliki peluang yang sama untuk lahir dengan status BBLR. Selain itu, anak balita dengan berat badan lahir normal dapat

pula mengalami *stunting*, hal ini disebabkan oleh ketidakcukupan asupan zat gizi pada balita normal yang menyebabkan terjadinya *growth faltering* (gagal tumbuh) (Supariasa, 2013).

Stunting adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi (MCA, 2017). *Stunting* merupakan keadaan status gizi seseorang berdasarkan z-skor tinggi badan (TB) terhadap umur (U) dimana terletak pada <-2 SD. *Stunting* merupakan status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunting* (pendek) dan *severely stunting* (sangat pendek) (Senbanjo, 2011).

Dalam keadaan normal tinggi badan akan bertambah seiring bertambahnya umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh kekurangan zat gizi terhadap tinggi badan akan tampak dalam waktu relatif lama. Masalah *stunting* tidak mudah dikenali karena balita tidak tampak sakit. Faktor risiko yang diteliti dalam penelitian ini untuk mengetahui penyebab dari terjadinya *stunting* meliputi tinggi badan ibu, tingkat pendidikan ibu, status ekonomi, pemberian asi, berat lahir, dan jenis kelamin. Sampel pada penelitian ini adalah balita usia 10-36 bulan.

Menurut asumsi peneliti, berat lahir berat badan anak saat lahir mempengaruhi pertumbuhan badannya, karena adanya perbedaan yang terjadi antara anak yang lahir dengan berat badan normal dan anak yang lahir dengan

berat badan rendah, kebanyakan anak yang berat badan lahirnya rendah kecepatan pertumbuhannya akan kurang karena asupan gizi yang didapatkannya berbeda dengan anak yang berat badan normal. Banyak faktor yang menyebabkan anak lahir dengan berat badan yang rendah, faktor yang paling dominan adalah faktor dari ibunya, baik asupan gizi maupun gaya hidup serta kondisi psikososial ibu.

Ibu yang pada saat hamilnya memiliki berat badan yang kurang akan cenderung melahirkan anak yang berat lahirnya juga kurang. Anak yang lahir dengan berat badan rendah akan dominan terjadinya *stunting* namun tidak menutup kemungkinan bahwa anak yang lahir dengan berat badan normal tidak akan mengalami kejadian *stunting*, dilihat lagi asupan gizi yang akan diperoleh anak ketika masa pertumbuhan. Dari hasil pengamatan yang peneliti lakukan walaupun hanya sebagian kecil responden yang berat badan lahirnya rendah, dikarenakan masih adanya ibu yang ketika hamil tidak melengkapi kunjungan ANC, tidak memerhatikan gizi ketika hamil, dan lain sebagainya.

Berdasarkan teori berat badan lahir berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam jangka panjang, bayi yang lahir dengan berat badan rendah akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan serta kemungkinan terjadi kemunduran fungsi intelektual. Selain itu bayi lebih rentan terkena infeksi dan terjaninya hipotermi. Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan p-value 0,490 yang artinya bahwa tidak ada hubungan antara berat bayi lahir dengan kejadian *stunting*. Peneliti berasumsi bahwa kejadian

stunting disebabkan oleh faktor lain, dari informasi yang peneliti dapatkan dilapangan bahwa pola asuh ibu dan keluarga sangat mendukung dalam perawatan bayi baru lahir serta memperhatikan asupan gizi bayi yang baru lahir.

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan dari 30 responden terdapat 26 responden (87%) pendapatan ayah balita diatas Rp. 2.506.141. Hasil penelitian ini didukung oleh Azwar (2000) yang menyatakan bahwa pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang perilaku anggota keluarga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan keluarga yang lebih memadai.

B. Hubungan ASI Eksklusif dengan Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 10-36 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem

ASI Eksklusif juga ambil andil cukup banyak dalam memenuhi kebutuhan gizi. Pemenuhan kebutuhan bayi 0-6 bulan telah dapat terpenuhi dengan pemberian ASI saja. Menyusui secara eksklusif juga penting karena pada usia ini, makanan selain ASI belum mampu dicerna oleh enzim-enzim yang ada di dalam usus selain itu pengeluaran sisa pembakaran makanan belum bisa dilakukan dengan baik karena ginjal belum sempurna.

Banyaknya manfaat ASI bagi pertumbuhan dan perkembangan inilah yang mendukung hasil penelitian ini. Berdasarkan hasil penelitian tentang ASI eksklusif diketahui bahwa dari 30 responden didapatkan sebagian besar anak balita yang tidak ASI eksklusif yaitu sebanyak 26 anak (87%) dan anak yang ASI Eksklusif sebanyak 4 anak (13%). Hasil uji statistik *chi square* diperoleh p

value = 0,000 artinya ada hubungan yang signifikan antara ASI Eksklusif dengan kejadian stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Bortrem. Nilai *Odds Ratio* (OR) = 9,750 (CI 95% =2,707-35,112) artinya balita yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif mempunyai kemungkinan 9,750 kali mengalami kejadian stunting dibandingkan dengan balita yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif.

Hal ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan Anisa (2012) yang menyatakan bahwa pemberian ASI Eksklusif tidak berhubungan secara signifikan terhadap kejadian *stunting*. Namun sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Al-Rahmad (2013) yang menyatakan bahwa kejadian *stunting* disebabkan oleh pemberian ASI yang tidak eksklusif. Arifin (2012) dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa Kejadian *Stunting* dipengaruhi oleh berat badan saat lahir, pengetahuan gizi ibu balita, pendapatan keluarga, jarak antar kelahiran, pemberian ASI yang tidak eksklusif. Namun faktor yang paling dominan adalah pemberian ASI.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa balita yang mengalami stunting dan tidak ASI eksklusif yaitu sebanyak 26 balita, kemudian balita yang mendapatkan ASI Eksklusif juga berisiko mengalami stunting. Karena banyak faktor yang bisa menyebabkan kejadian stunting, hal ini sesuai dengan hasil penelitian Teshome *et al* (2009) menjelaskan bahwa kesadaran praktik pemberian makan yang tidak tepat adalah faktor risiko utama yang menyebabkan kekurangan gizi di antara anak-anak balita. Dengan demikian, pentingnya pemberian makanan yang tepat selama masa bayi dan anak-anak.

Menurut asumsi peneliti, menyusui sekaligus memberikan susu formula memang dapat memenuhi kebutuhan zat gizi bayi sehingga tidak mengganggu pertumbuhannya, tetapi susu formula tidak mengandung zat antibodi sebaik ASI sehingga bayi lebih rawan terkena penyakit. Dari hasil wawancara dengan ibu balita, diketahui banyak ibu balita memberikan ASI dikombinasikan dengan susu formula. Alasan yang paling banyak dikemukakan oleh ibu balita adalah ASI tidak lancar, selain itu ibu bekerja dan bayi masih rewel meskipun sudah diberi ASI.

Mudahnya mendapatkan susu formula membuat ibu kurang berusaha untuk meningkatkan produksi ASI nya. Sebagian besar ibu tidak mengetahui seberapa penting ASI bagi anak, sehingga tidak berusaha supaya anak tetap ASI eksklusif. Hal ini bisa juga dikarenakan faktor pendidikan ibu yang kebanyakan SMA, namun sebenarnya itu tergantung kemauan ibu dalam mencari informasi yang bagus buat kebutuhan si anak.

Kemudian hasil penelitian dilapangan dalam pemberian ASI Eksklusif pada anak di Puskesmas Bortrem, masyarakat lebih banyak tidak menggunakan ASI Eksklusif. Banyak alasan yang disampaikan oleh ibu-ibu balita, mulai dari ASI yang tidak ada/belum keluar, bayi menangis terus, ASI yang tidak cukup, nasehat orang tua, ibu sakit, bayi tidak mau dikarenakan ketika anak mereka memasuki usia 3 atau 4 bulan, sulit untuk minum ASI. Sehingga ibu merasa kasihan dan memberikan makanan tambahan, seperti susu formula, sehingga anak tersebut sudah tidak termasuk lagi ASI Eksklusif.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang dilakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Distribusi frekuensi berat lahir balita adalah sebagian kecil balita yang lahir dengan BBLR ($BBL \leq 2500$ gram) yaitu 30% dan 70% balita lahir dengan berat badan normal ($BBL > 2500$ gram). Dari 30 balita kelompok kasus terdapat sebanyak 26 balita (87%) tidak ASI eksklusif berisiko *stunting*. Sedangkan grup kontrol dari 30 balita terdapat 9 balita (30%) tidak ASI eksklusif memiliki tinggi badan normal.
2. Berdasarkan hasil analisis data berat bayi lahir dengan kejadian *stunting* didapat nilai *p-value* lebih besar dari 0,05 ($0,490 > 0,05$), artinya tidak ada hubungan antara Berat bayi lahir dengan kejadian *stunting* sedangkan pemberian ASI eksklusif dengan *p-value* lebih kecil dari 0,05 ($0,031 < 0,05$), menunjukkan bahwa ada hubungan ASI eksklusif dengan kejadian *stunting*. Artinya balita yang tidak diberi ASI eksklusif lebih berisiko mengalami *stunting* dibandingkan balita yang diberi ASI eksklusif.

B. Saran

Dari hasil penelitian ada beberapa saran yang bisa diberikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi Responden

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi mengenai faktor penyebab *stunting*, yaitu ibu yang tidak memperhatikan gizi selama kehamilan, anak yang tidak diberi ASI eksklusif. Sehingga calon ibu supaya bisa meningkatkan gizi ketika masa hamil, sehingga bayi lahir dengan berat badan yang cukup, memberikan ASI kepada bayi secara eksklusif, melengkapi gizi anak, baik dari pola pemberian makan, dalam hal menjaga kebersihan, perawatan ketika sakit dan stimulasi bagi anak.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan tenaga kesehatan dapat memberikan solusi atau membuat kebijakan-kebijakan dalam rangka memperbaiki status gizi balita khususnya *stunting*. Disarankan agar petugas kesehatan khususnya bagian yang bekerja di Puskesmas memberikan penyuluhan maupun pelatihan kepada masyarakat ataupun kader kesehatan mengenai status gizi balita khususnya *stunting*. Kolaborasi dengan petugas gizi dan dokter juga harus dilakukan untuk pelaksanaan tindak lanjut pada anak yang *stunting*, dan diharapkan tenaga kesehatan dapat menyediakan alat anthropometri yang baku di setiap posyandu.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Disarankan agar melengkapi referensi atau buku sumber tentang status gizi balita. Sebagai bahan pertimbangan kepada pihak institusi pendidikan untuk memberikan materi kuliah dan penyuluhan kepada masyarakat khususnya ibu yang memiliki balita.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Menjadikan acuan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian yang lebih mendalam tentang faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita, seperti faktor genetik keluarga, faktor gizi, faktor lingkungan, faktor pola asuh, faktor riwayat penyakit infeksi, pendidikan orang tua, jenis kelamin balita, dan usia balita.

DAFTAR PUSTAKA

- Adair, L.S., dan D.K. Guilkey (1997). *Age-Specific Determinants of Stunting in Filipino Children*. American Society for Nutritional Sciences : 314-320.
- Akombi, B. J., Agho, K. E., Merom, D., Renzaho, A. M., & Hall, J. J. (2017). *Child malnutrition in sub-Saharan Africa: A meta-analysis of demographic and health surveys (2006-2016)*. PloS one, 12(5), e0177338.
- AL-Rahmad Ah, Miko A, Hadi A. (2013). *Kajian Stunting Pada Anak Balita Ditinjau Dari Pemberian ASI Eksklusif, MP-ASI, Status Imunisasi, Dan Karakteristik Keluarga Di Kota Banda Aceh*. Jurnal Kesehatan Ilmiah Nasawakes. 6(2) : 169 – 184.
- Arifin, D.Z., Irdasari, S.Y., Sukandar,H. (2012). *Analisis sebaran dan faktor resiko stunting pada balita di Kabupaten Purwakarta*. Epidemiologi Komunitas FKUP Bandung.
- Astari, L. D., Nasoetion, A., & Dwiriani, C. M. (2005). *Hubungan karakteristik keluarga, pola pengasuhan dan kejadian stunting anak usia 6-12 bulan*.
- Bapennas. (2018). *Kabupaten/Kota Prioritas dengan masing-masing 10 Desa untuk penanganan Stunting*. Jakarta: BAPPENAS.
- Chang E, Daly J, Elliott D. (2010). *Patofisiologi Aplikasi pada Praktik Keperawatan*. Alihbahasa Andry Hartono. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Rokan Hilir. (2020). *Profil Kesehatan Kabupaten Rokan Hilir Tahun 2020*.
- Gibson , R. 2005. *Principles of nutritional assesment*. Oxford university. New york.
- Haryono, R., & Setianingsih, S. (2014). *Manfaat ASI Eksklusif Untuk Buah Hati Anda*.Yogyakarta. Gosyen Publishing.
- Haile, Demwoz, Azage Muluken, Mola Tegegn, and Rainey Rochelle. (2016). *Exploring spatial variations and factors associated with childhood stunting in Ethiopia: spatial and multilevel analysis*. Eithopia: BMC Pediatrics.
- Henningham dan Mc Gregor. (2008). *Public Health Nutrition* editor M.J. Gibney, (alih bahasa: Andry Hartono). Jakarta: EGC.
- Istifitriani, N. 2011. *Hubungan Pemberian Makanan Pendamping ASI dan Faktor Lain dengan Status Gizi Baduta di Kelurahan Depok Kecamatan Pancoran Mas Kota Depok Tahun 2011 (Skripsi)*. Depok: FKM UI.

- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Diunduh pada 14 Februari 2021, <https://www.jogloabang.com/kesehatan/tabel-standar-antropometri-penilaian-status-gizi-anak>.
- Kementrian Kesehatan RI. 2012. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1995/MENKES/SK/XII/2010*. Jakarta: Kemenkes RI. Diunduh tanggal 15 Februari 2021 dari <http://www.gizi.depkes.go.id>.
- Kowalak JP, Welsh W, Mayer B. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Alihbahasa oleh Andry Hartono. Jakarta: EGC.
- Maryunani, A. 2010, *Ilmu Kesehatan Anak Dalam Kebidanan*, Jakarta: CV.Trans Info Media.
- Meilyasari, F., & Isnawati, M. (2014). *Faktor risiko kejadian stunting pada balita usia 12 bulan di Desa Purwokerto Kecamatan Patebon, Kabupaten Kendal (Doctoral dissertation, Diponegoro University)*.
- Milman, A., A, Edward., Frongillo, Onis, Mercedes, de., dan Hwang, yun, JI. (2005). *Differential Improvement among Countries in Child Stunting Is Associated with Long-Term Development and Specific Interventions*. *The Journal of Nutrition*, 135: 1415-1422.
- Neldawati. 2006. *Hubungan Pola Pemberian Makan pada Anak dan Karakteristik Lain dengan Status Gizi Balita 6-59 Bulan di Laboratorium Gizi Masyarakat Puslitbang Gizi dan Makanan (P3GM) (Analisis Data Sekunder Data Balita Gizi Buruk Tahun 2005*. Depok FKM. UI.
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Oktarina. Z., & Sudiarti, T. (2013). *Faktor Risiko Stunting pada Balita Usia 24-59 bulan di Sumatera*. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 8 (3), 175-180.
- Persagi. (2018). *Stop Stunting dengan Konseling Gizi*. Jakarta : Penebar Plus.
- PSG. (2015). *Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017*. Jakarta : Direktorat Gizi Masyarakat.
- Riskesdas Provinsi Riau. (2018). *Angka stunting di Provinsi Riau*. diakses pada 13 Februari 2021, <https://www.riau.go.id/home/content/2020/10/13/8893-penurunan-stunting-di-provinsi-riau-menjadi-perhatian>.
- Riskesdas Provinsi Riau. 2019. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi Riau*. Badan Penelitian dan Pengembangan : Dinkes Provinsi Riau.

- Riskesmas Provinsi Riau. 2019. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi Riau. Badan Penelitian dan Pengembangan : Dinkes Provinsi Riau.
- Riskesmas. (2010). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Nasional Departemen Kesehatan RI. Badan Penelitian dan Pengembangan : Departemen Kesehatan RI.
- Semba et al (2008). Effect Parental Formal Education On Risk Of Child Stunting In Indonesia And Bangladesh : A Cross Sectional Study. 371 : 322 - 328. www.thelancet.com.
- Senbanjo, I., et al. (2011). Prevalence of and Risk factors for Stunting among School Children and Adolescents in Abeokuta, Southwest Nigeria. *Journal of Health Population and Nutrition*. 29(4):364-370.
- Supariasa. (2001). *Penilaian Status Gizi*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran.
- Teshome, B., Kogi-Makau, W., Getahun, Z., & Taye, G. (2009). Magnitude and determinants of stunting in children under five years of age in food surplus region of Ethiopia: the case of west gojam zone. *Ethiopian Journal of Health Development*, 23(2).
- Tiwari, R., Ausman, L. M., & Agho, K. E. (2014). Determinants of stunting and severe stunting among under-fives: evidence from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *BMC pediatrics*, 14(1), 1-15.
- TNP2K. (2017). *100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*. Jakarta Pusat : TIM Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.
- UNICEF. 2013. *Improving Child Nutrition : The achievable imperative for global progress*. Division of Communication, UNICEF. USA.
- WHO (2014). Global nutrition targets 2025: Stunting policy brief. <http://www.poptline.org/node/627584>. pdf – Diakses tanggal 24 mei 2021.
- World Health Organization. (2006). *Report of a WHO technical consultation on birth spacing*. WHO. Geneva, Switzerland.
- Yimer G (2000). *Malnutrition among children in Southern Ethiopia: Levels and risk factors*. *Ethiopian Journal of Health Development*. 4 (3): 283-292
- Zere E, McIntyre D (2003). *Inequities in under five child malnutrition in South Africa*. *International Journal for Equity in Health*. 2: 7.

MASTER TABEL PENELITIAN

No	Kelompok Kasus	Pendidikan		Pendapatan	Pekerjaan	
		Ayah	Ibu	Ayah	Ayah	Ibu
1	Kasus	SMA	SMA	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
2	Kasus	SMP	SMP	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
3	Kasus	SMA	PT	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
4	Kasus	SMA	SMP	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
5	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	PEDAGANG	IRT
6	Kasus	SMP	SMP	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
7	Kasus	PT	PT	> 2.506.141	P.SWASTA	P.SWASTA
8	Kasus	PT	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	PEDAGANG
9	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	PETANI	IRT
10	Kasus	SMP	SMA	> 2.506.141	PETANI	IRT
11	Kasus	PT	SMA	> 2.506.141	P SWASTA	P.SWASTA
12	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	PEDAGANG	IRT
13	Kasus	PT	PT	> 2.506.141	PNS	P.SWASTA
14	Kasus	PT	PT	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
15	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	PETANI	IRT
16	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
17	Kasus	PT	PT	> 2.506.141	PNS	P.SWASTA
18	Kasus	PT	PT	> 2.506.141	P.SWASTA	PNS
19	Kasus	SMA	SMP	> 2.506.141	PEDAGANG	IRT
20	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	PEDAGANG
21	Kasus	SMP	SMP	> 2.506.141	PETANI	IRT
22	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
23	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	PEDAGANG	IRT
24	Kasus	SMA	SMP	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
25	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	PETANI	IRT
26	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	PETANI	IRT
27	Kasus	PT	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
28	Kasus	PT	SMA	> 2.506.141	PNS	IRT
29	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	P.SWASTA
30	Kasus	SMA	SMA	> 2.506.141	PEDAGANG	IRT

No	Kelompok Kontrol	Pendidikan		Pendapatan	Pekerjaan	
		Ayah	Ibu	Ayah	Ayah	Ibu
1	Kontrol	SMP	SMP	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
2	Kontrol	SMP	SMP	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
3	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
4	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	PETANI	IRT
5	Kontrol	PT	SMA	> 2.506.141	PEDAGANG	IRT
6	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	PETANI	IRT
7	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	P.SWASTA
8	Kontrol	PT	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	PEDAGANG
9	Kontrol	SMA	SMA	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
10	Kontrol	SMP	SMP	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
11	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	P SWASTA	P.SWASTA
12	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	PEDAGANG	IRT
13	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	PNS	P.SWASTA
14	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
15	Kontrol	SMA	SMA	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
16	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
17	Kontrol	PT	PT	> 2.506.141	PNS	P.SWASTA
18	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	PNS
19	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	PEDAGANG	IRT
20	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	PEDAGANG
21	Kontrol	PT	PT	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
22	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
23	Kontrol	PT	PT	> 2.506.141	PEDAGANG	IRT
24	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
25	Kontrol	PT	PT	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
26	Kontrol	SMA	SMA	≤ 2.506.141	PETANI	IRT
27	Kontrol	SMA	PT	> 2.506.141	P.SWASTA	IRT
28	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	PNS	IRT
29	Kontrol	SMP	SMP	> 2.506.141	P.SWASTA	P.SWASTA
30	Kontrol	SMA	SMA	> 2.506.141	PEDAGANG	IRT

No	Kelompok Kasus	Jenis Kelamin Anak	Usia Lahir (Minggu)	usia sekarang (bulan)	BB lahir (kg)	BB Sekarang (kg)	TB saat Lahir (cm)	TB sekarang (cm)	ASI Eksklusif		Stunting	
									Ya	Tidak	Pendek	Sangat Pendek
1	Kasus	Perempuan	39	12	3,1	9	48	68		√	√	
2	Kasus	Laki-Laki	38	24	2,2	12	48	78		√		√
3	Kasus	Laki-Laki	39	15	2,5	11	49	70	√			√
4	Kasus	Perempuan	38	30	2,7	13	45	80	√		√	
5	Kasus	Laki-Laki	39	20	2,5	12	45	71		√		√
6	Kasus	Perempuan	39	12	2,3	9,7	45	66		√		√
7	Kasus	Laki-Laki	38	36	2,1	14	48	85		√		√
8	Kasus	Laki-Laki	39	11	2,3	10	48	65		√		√
9	Kasus	Perempuan	38	28	3,2	12,8	47	84,5	√		√	
10	Kasus	Perempuan	39	28	2,9	13,1	48	86		√	√	
11	Kasus	Laki-Laki	38	23	2,3	11	50	75	√			√
12	Kasus	Perempuan	28	20	3	10,8	50	75		√	√	
13	Kasus	Perempuan	39	24	3	11	50	75		√		√
14	Kasus	Laki-Laki	39	36	3	14	48	88		√	√	
15	Kasus	Perempuan	37	24	3,1	11,5	49	75		√		√
16	Kasus	Perempuan	38	32	3,4	13,5	48	80		√		√
17	Kasus	Laki-Laki	39	25	3,4	12,8	49	77		√		√
18	Kasus	Laki-Laki	39	35	2,8	14,6	48	90		√	√	
19	Kasus	Laki-Laki	38	30	3	13,6	49	80		√		√
20	Kasus	Perempuan	38	32	3	14	49	84		√	√	
21	Kasus	Perempuan	40	29	2,9	14,3	50	77		√		√
22	Kasus	Perempuan	38	32	3,3	14,8	50	83		√	√	

No	Kelompok Kasus	Jenis Kelamin Anak	Usia Lahir (Minggu)	usia sekarang (bulan)	BB lahir (kg)	BB Sekarang (kg)	TB saat Lahir (cm)	TB sekarang (cm)	ASI Eksklusif		Stunting	
									Ya	Tidak	Pendek	Sangat Pendek
23	Kasus	Perempuan	39	26	3,1	12,9	50	83		√	√	
24	Kasus	Laki-Laki	38	27	2,9	13,7	48	80		√		√
25	Kasus	Perempuan	38	26	3	13,1	48	80		√	√	
26	Kasus	Perempuan	38	26	2,8	13	49	75		√		√
27	Kasus	Perempuan	39	28	3,3	14	50	78		√		√
28	Kasus	Laki-Laki	38	27	2,2	13,4	50	77		√		√
29	Kasus	Laki-Laki	39	26	2,4	13	49	75		√		√
30	Kasus	Laki-Laki	39	24	3,1	13,5	50	83		√	√	

No	Kelompok Kasus	Jenis Kelamin Anak	Usia Lahir (Minggu)	Usia Sekarang (Bulan)	BB lahir (kg)	BB Sekarang (kg)	TB saat Lahir (cm)	TB sekarang (cm)	ASI Eksklusif	
									Ya	Tidak
1	Kontrol	Laki-Laki	37	32	2,4	9,4	46	93	√	
2	Kontrol	Laki-Laki	38	36	2,3	9,5	47	96	√	
3	Kontrol	Perempuan	38	30	2,5	9,6	47	90,5	√	
4	Kontrol	Laki-Laki	38	32	2,5	9	47	96,9	√	
5	Kontrol	Laki-laki	39	31	2,3	9,5	47	96		√
6	Kontrol	Perempuan	37	21	2,3	8	45	85,8	√	
7	Kontrol	Laki-Laki	37	26	2,4	8,9	45	95,5	√	
8	Kontrol	Laki-Laki	36	25	2,2	8,7	45	88		√
9	Kontrol	Laki-Laki	38	24	2,4	8	46	90,5		√
10	Kontrol	Laki-Laki	38	20	2,4	7	44	91	√	
11	Kontrol	Perempuan	37	36	2,8	10,8	47	96,8	√	
12	Kontrol	Perempuan	38	36	3,4	10,8	45	96		√
13	Kontrol	Laki-Laki	38	36	3,5	11,8	47	87,1		√
14	Kontrol	Perempuan	38	16	3,2	8,8	47	96,6		√
15	Kontrol	Perempuan	39	24	3,1	9,2	47	81	√	
16	Kontrol	Laki-Laki	39	15	3,1	7,9	47	93,8	√	
17	Kontrol	Perempuan	39	15	3	7,2	45	82		√
18	Kontrol	Perempuan	38	14	2,7	6,9	45	79	√	
19	Kontrol	Laki-Laki	38	10	2,7	6,8	47	93		√
20	Kontrol	Perempuan	37	24	2,1	9,3	45	86,9		√
21	Kontrol	Laki-Laki	38	20	3	8	48	96,8		√
22	Kontrol	Laki-Laki	39	24	3,2	8,8	48	99,1	√	

No	Kelompok Kasus	Jenis Kelamin Anak	Usia Lahir (Minggu)	Usia Sekarang (Bulan)	BB lahir (kg)	BB Sekarang (kg)	TB saat Lahir (cm)	TB sekarang (cm)	ASI Eksklusif	
									Ya	Tidak
23	Kontrol	Laki-Laki	38	14	3	7,7	48	87	√	
24	Kontrol	Perempuan	37	12	3	6,2	45	75,7		√
25	Kontrol	Perempuan	38	14	3	7	47	78,1	√	
26	Kontrol	Laki-Laki	40	20	3	7,1	45	84,3	√	
27	Kontrol	Perempuan	38	16	2,8	8,4	47	80,8	√	
28	Kontrol	Laki-Laki	37	24	3,9	10	46	84,2	√	
29	Kontrol	Perempuan	37	24	3	9,5	45	89,6	√	
30	Kontrol	Perempuan	39	12	4	6,5	49	76,6		√

MASTER TABEL DATA SPSS

No	Kasus	Pemberian ASI	Berat Lahir
1	2	0	1
2	2	0	0
3	2	1	0
4	2	1	1
5	2	0	0
6	2	0	0
7	2	0	0
8	2	0	0
9	2	1	1
10	2	0	1
11	2	1	0
12	2	0	1
13	2	0	1
14	2	0	1
15	2	0	1
16	2	0	1
17	2	0	1
18	2	0	1
19	2	0	1
20	2	0	1
21	2	0	1
22	2	0	1
23	2	0	1
24	2	0	1
25	2	0	1
26	2	0	1
27	2	0	1
28	2	0	0
29	2	0	0
30	2	0	1
31	3	1	0
32	3	1	0
33	3	1	0
34	3	1	0
35	3	0	0
36	3	1	0
37	3	1	0
38	3	0	0

No	Kasus	Pemberian ASI	Berat Lahir
39	3	0	0
40	3	1	0
41	3	1	1
42	3	0	1
43	3	0	1
44	3	0	1
45	3	1	1
46	3	1	1
47	3	0	1
48	3	1	1
49	3	0	0
50	3	0	0
51	3	0	1
52	3	1	1
53	3	1	1
54	3	0	1
55	3	1	0
56	3	1	1
57	3	1	1
58	3	1	1
59	3	1	1
60	3	0	1