LAPORAN PENELITIAN

SURVEI FAKTOR RISIKO KEJADIAN *STUNTING* DI KELURAHAN TANJUNG MEKAR KEC. KARAWANG BARAT - KABUPATEN KARAWANG

Ketua : Putri Winda Lestari, S.KM., M.Kes

Anggota : Maryuni, SKM., MKM

Adhila Fayasari, S.Gz., MPH

Julianti Isma Sari, S.ST., M.T

UNIVERSITAS BINAWAN

JAKARTA

2019

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Anak Indonesia masa depan harus sehat, cerdas, kreatif, dan produktif. Jika anak-anak terlahir sehat, tumbuh dengan baik dan didukung oleh pendidikan yang berkualitas maka mereka akan menjadi generasi yang menunjang kesuksesan pembangunan bangsa. Sebaliknya jika anak-anak terlahir dan tumbuh dalam situasi kekurangan gizi kronis, mereka akan menjadi anak kerdil (*stunting*).

Kerdil (*stunting*) pada anak mencerminkan kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat dari kekurangan gizi kronis, sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi kronis terjadi sejak bayi dalam kandungan hingga usia dua tahun. Dengan demikian periode 1000 hari pertama kehidupan seyogyanya mendapat perhatian khusus karena menjadi penentu tingkat pertumbuhan fisik, kecerdasan, dan produktivitas seseorang di masa depan.

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir, akan tetapi kondisi *stunting* baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun. Balita pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) 2006. Sedangkan definisi stunting menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes) adalah anak balita dengan nilai z-scorenya kurang dari -2SD/standar deviasi (*stunted*) dan kurang dari – 3SD (*severely stunted*).

Saat ini, Indonesia merupakan salah satu negara dengan prevalensi stunting yang cukup tinggi dibandingkan dengan negara-negara berpendapatan menengah lainnya. Situasi ini jika tidak diatasi dapat mempengaruhi kinerja pembangunan Indonesia baik yang menyangkut pertumbuhan ekonomi, kemiskinan dan ketimpangan.

Di Indonesia, sekitar 37% (hampir 9 juta) anak balita mengalami *stunting* (Riset Kesehatan Dasar/ Riskesdas 2013) dan di seluruh dunia, Indonesia adalah negara dengan prevalensi *stunting* kelima terbesar. Balita/Baduta (bayi dibawah usia dua tahun) yang mengalami *stunting* akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadikan anak menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan di masa depan dapat beresiko pada

menurunnya tingkat produktivitas. Pada akhirnya secara luas *stunting* akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan.

Prevalensi *stunting* di Jawa Barat tahun 2007 adalah sebesar 35,4% (balita pendek 19,7% dan sangat pendek 15,7%) lalu pada tahun 2010 menunjukkan perubahan menjadi 33,7% (balita status gizi pendek 17,1 % dan sangat pendek 16.6 %) (Depkes 2008; Kemenkes 2010). Pada tahun 2017, masalah *stunting* menunjukkan angka rerata Jawa Barat 35,3% yang juga lebih baik dari angka nasional (37,2%). (Dinkes Jawa Barat, 2017) Pada tahun 2013, prevalensi *stunting* di Kabupaten Karawang sebesar 34,87% dengan jumlah balita yang mengalami *stunting* sebanyak 80.891 jiwa. Kabupaten Karawang merupakan salah satu Kabupaten/Kota dengan priotitas untuk intervensi *stunting.*

Berdasarkan penelitian Ramli, *et al*. (2009) Prevalensi *stunting* dan *severe stunting* lebih tinggi pada anak usia 24-59 bulan, yaitu sebesar 50% dan 24%, dibandingkan anak-anak berusia 0-23 bulan. Temuan tersebut mirip dengan hasil dari penelitian di Bangladesh, India dan Pakistan dimana anak-anak berusia 24 – 59 bulan yang ditemukan berada dalam risiko lebih besar pertumbuhan yang terhambat. Tingginya prevalensi *stunting* pada anak usia 24 – 59 bulan menunjukkan bahwa *stunting* tidak mungkin *reversible* (Ramli, *et al*., 2009). Selain itu, pada usia 3 – 5 tahun atau yang bisa juga disebut usia prasekolah kecepatan pertumbuhannya (*growth velocity*) sudah melambat (Brown, 2008).

Pengalaman dan bukti Internasional menunjukkan bahwa *stunting* dapat menghambat pertumbuhan ekonomi dan menurunkan produktivitas pasar kerja, sehingga mengakibatkan hilangnya 11% GDP (*Gross Domestic Products*) serta mengurangi pendapatan pekerja dewasa hingga 20%. Selain itu, stunting juga dapat berkontribusi pada melebarnya kesenjangan/*inequality*, sehingga mengurangi 10% dari total pendapatan seumur hidup dan juga menyebabkan kemiskinan antar-generasi.

Stunting pada awal masa kanak-kanak dapat menyebabkan gangguan *Intelligence Quotient* (IQ), perkembangan psikomotor, kemampuan motorik, dan integrasi neurosensori. *Stunting* juga berhubungan dengan kapasitas mental dan performa di sekolah, baik dalam kasus sedang sampai parah seringkali menyebabkan penurunan kapasitas kerja dalam masa dewasa. (Milman, *et al*., 2005). Anak dengan status gizi *stunting* memiliki IQ 5-10 poin lebih rendah dibandingkan dengan anak yang normal (Grantham- McGregor, Fernald, and Sethuraman, 1999 dalam Syafiq, 2007). Selain itu,

anak yang mengalami retardasi pertumbuhan pada masa dewasa memiliki konsekuensi penting dalam hal ukuran tubuh, performa kerja dan reproduksi, dan risiko penyakit kronis (Semba & Bloem, 2001).

Pada dasarnya status gizi anak dapat dipengaruhi oleh faktor langsung dan tidak langsung, dan akar masalah. Faktor langsung yang berhubungan dengan *stunting* yaitu berupa asupan makanan dan status kesehatan. Sedangkan faktor tidak langsung adalah pola pengasuhan, pelayanan kesehatan seperti status imunisasi, dan lingkungan rumah tangga, serta akar masalah yang meliputi wilayah tempat tinggal dan status ekonomi memberikan hubungan dengan buruknya status gizi anak.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan survey faktor risiko kejadian *stunting* di Kelurahan Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat, Kab. Karawang.

1.2. Rumusan Masalah

Kabupaten Karawang merupakan salah satu Kabupaten/Kota dengan priotitas untuk intervensi *stunting*. Pada tahun 2013, prevalensi *stunting* di Kabupaten Karawang sebesar 34,87% dengan jumlah balita yang mengalami *stunting* sebanyak 80.891 jiwa. Pertanyaan penelitian adalah: ”Bagaimana gambaran faktor risiko kejadian *stunting* di Kelurahan Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat, Kab. Karawang?”

1.3. Tujuan Penelitian

1. **Tujuan Umum**

   Mengetahui gambaran faktor risiko kejadian *stunting* di Kelurahan Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat, Kab. Karawang

2. **Tujuan Khusus**

   Mengetahui gambaran faktor risiko kejadian *stunting* di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019, sebagai berikut:

   (1) Kunjungan Balita ke Posyandu
   (2) Alasan Tidak Melakukan Kunjungan Balita ke Posyandu
   (3) Status Imunisasi Balita
   (4) Jenis Imunisasi Balita
   (5) Alasan Tidak Imunisasi
   (6) Kepemilikan KMS

(7) Hasil Penimbangan BB Balita
(8) Status Kesehatan Balita
(9) Berat Badan Lahir Anak
(10) Pemberian ASI Eksklusif
(11) Pemberian ASI sampai 2 Tahun
(12) Balita Makan Teratur
(13) Frekuensi Makan Balita/Hari
(14) Pemberian Snack Balita
(15) Sikap Ibu Jika Balita Susah Makan
(16) Suasana Ketika Balita Makan
(17) Apresiasi pada Balita saat Lahap
(18) Memantau Jumlah Asupan Balita
(19) Mengetahui Makanan Kesukaan Balita
(20) Menjaga Kebersihan Makan
(21) Memperbanyak Asupan Balita saat Sakit atau Sembuh
(22) Memotong Kuku Balita secara Rutin
(23) Cuci Tangan Sebelum Makan
(24) Pemberian Obat Cacing

1.4. Manfaat Penelitian

1. **Bagi Pemerintah (Puskesmas, Dinas Kesehatan)**

   Memberikan informasi tentang survey faktor risiko kejadian *stunting* pada balita sehingga dapat melakukan upaya-upaya pencegahan untuk menurunkan prevalensi *stunting* pada balita.

2. **Bagi Masyarakat**

   Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi upaya pencegahan *stunting* pada balita.

3. **Bagi Peneliti Lain**

   Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan bahan pertimbangan bagi penelitian lain ataupun penelitian lanjutan.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1. *Stunting* Pada Balita

Status gizi merupakan keadaan yang disebabkan oleh keseimbangan antara jumlah asupan zat gizi dan jumlah yang dibutuhkan oleh tubuh untuk berbagai fungsi biologis seperti pertumbuhan fisik, perkembangan, aktifitas dan pemeliharaan kesehatan (Jahari, 2004). Menurut Almatsier (2005) status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan gizi.

Status gizi anak adalah keadaan kesehatan anak yang ditentukan oleh derajat kebutuhan fisik energi dan zat-zat gizi lain yang diperoleh dari pangan dan makanan yang dampak fisiknya diukur secara antropometri (Suharjo, 1996), dan dikategorikan berdasarkan standar baku WHO dengan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB. Masalah gizi anak secara garis besar merupakan dampak dari ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran zat gizi (*nutritional imbalance),* yaitu asupan yang melebihi keluaran atau sebaliknya, di samping kesalahan dalam memilih bahan makanan untuk disantap (Arisman, 2009).

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 istilah lain untuk *stunted* dan *severely stunted* (Kemenkes, 2011). *Stunting* didefinisikan sebagai indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) kurang dari minus dua standar deviasi (-2 SD) atau dibawah rata-rata standar yang ada dan *severe stunting* didefinisikan kurang dari -3 SD (ACC/SCN, 2000).

Stunting didiagnosis melalui pemeriksaan antropometrik. Stunting menggambarkan keadaan gizi kurang yang sudah berjalan lama dan memerlukan waktu bagi anak untuk berkembang serta pulih kembali. Sejumlah besar penelitian memperlihatkan keterkaitan antara stunting dengan berat badan kurang yang sedang atau berat, perkembangan motorik dan mental yang buruk dalam usia kanak-kanak dini, serta prestasi kognitif dan prestasi sekolah yang buruk dalam usia kanak-kanak lanjut (ACC/SCN, 2000).

Stunting pada anak merupakan hasil jangka panjang konsumsi kronis diet berkualitas rendah yang dikombinasikan dengan morbiditas, penyakit infeksi, dan masalah lingkungan (Semba, *et al*., 2008). Di negara berpendapatan menengah kebawah, stunting merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama (The Lancet, 2008).

Kependekan mengacu pada anak yang memiliki indeks TB/U rendah. Pendek dapat mencerminkan baik variasi normal dalam pertumbuhan ataupun defisit dalam pertumbuhan. *Stunting* yaitu pertumbuhan linear yang gagal mencapai potensi genetik sebagai hasil dari kesehatan atau kondisi gizi suboptimal.

Stunting pada anak merupakan indikator utama dalam menilai kualitas modal sumber daya manusia di masa mendatang. Gangguan pertumbuhan yang diderita anak pada awal kehidupan, pada hal ini *stunting*, dapat menyebabkan kerusakan yang permanen. Keberhasilan perbaikan ekonomi yang berkelanjutan dapat dinilai dengan berkurangnya kejadian *stunting* pada anak-anak usia dibawah 5 tahun (UNSCN, 2008).

Ada beberapa alasan mengapa *stunting* terjadi pada balita. Pada masa balita kebutuhan gizi lebih besar, dalam kaitannya dengan berat badan, dibandingkan masa remaja atau dewasa. Kebutuhan gizi yang tinggi untuk pertumbuhan yang pesat, termasuk pertumbuhan pada masa remaja. Dengan demikian, kesempatan untuk terjadi pertumbuhan yang gagal lebih besar pada balita, karena pertumbuhan lebih banyak terjadi. Gangguan pertumbuhan linier, atau *stunting* , terjadi terutama dalam 2 sampai 3 tahun pertama kehidupan dan merupakan cerminan dari efek interaksi antara kurangnya asupan energi dan asupan gizi serta infeksi.

Prevalensi *stunting* pada umumnya menurun di seluruh dunia. WHO melaporkan bahwa antara tahun 1990 dan 2000, prevalensi global *stunting* pada anak-anak turun dari 34% menjadi 29%. Namun, di Afrika Timur, jumlah anak dengan *stunting* meningkat pada periode ini dari 40 juta menjadi 45 juta. *Stunting* didefinisikan oleh WHO 2 standar deviasi di bawah nilai z untuk tinggi badan menurut umur. Anak-anak yang *underweight* atau *stunting* mungkin tidak menunjukkan *catch-up growth* di masa kecil, dengan demikian mereka membawa risiko kesehatan yang buruk ke dalam kehidupan saat dewasa. Di beberapa negara, Afrika Selatan misalnya, anak-anak yang *stunting* hidup berdampingan dengan mereka yang *overweight* atau obesitas. Hal ini tentu saja memiliki implikasi yang kompleks bagi para pembuat kebijakan (Branca, 2006).

2.2. Pertumbuhan dan Perkembangan Balita

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran dan fungsi tingkat sel, organ maupun individu, yang diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan *metabolic* (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Menurut Jelliffe D.B (1989) dalam Supariasa (2002)

pertumbuhan adalah peningkatan secara bertahap dari tubuh, organ dan jaringan dari masa konsepsi sampai remaja.

Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil proses pematangan. Ada pula yang mendefenisikan bahwa perkembangan adalah penampilan kemampuan (*skill*) yang diakibatkan oleh kematangan sistem saraf pusat, khususnya di otak. Mengukur perkembangan tidak dapat dengan menggunakan antropometri, tetapi pada anak yang sehat perkembangan searah (parallel) dengan pertumbuhannya.

Menurut Tanuwidjaya dalam Narendra *et al*. (2002), Anak memiliki ciri khas yang selalu tumbuh dan berkembang sejak saat konsepsi sampai masa remaja akhir. Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, yang berarti juga bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau secara keseluruhan. Pertumbuhan bersifat kuantitatif, dengan demikian pertumbuhan dapat diukur dengan menggunakan satuan panjang atau satuan berat. Pertumbuhan memiliki ciri-ciri sebagi berikut: (1) perubahan ukuran, (2) perubahan proporsi, (3) menghilangnya ciri-ciri lama, dan (4) timbulnya ciri-ciri baru.

Pertumbuhan tinggi badan pada manusia tidak seragam di setiap tahap kehidupan. Pertumbuhan maksimal terjadi sebelum kehidupan, pada bulan ke-4 kehidupan janin, yaitu 1,5 mm per hari, setelah itu ada penurunan kecepatan secara progresif. Setelah lahir, bayi masih dapat tumbuh dengan sangat cepat dibandingkan dengan anak yang lebih tua. Satu tahun setelah lahir, panjang badan bayi meningkat 50%, dan pada tahun kedua panjang badan bertambah 12-13 cm.

Setelah itu peningkatan tinggi badan merata sekitar 5-6 cm per tahun. Pada umur 9 tahun rata-rata tinggi badan adalah 120 cm dan kemudian bertumbuh sekitar 6 cm setiap tahunnya. *Peak of growth velocity* (puncak kecepatan pertumbuhan) terjadi pada masa remaja, yakni pada umur 101/2-11 tahun pada perempuan dan 121/2-13 tahun pada laki-laki. Dalam tahap ini, pertambahan tinggi badan pada laki-laki sekitar 20 cm terutama karena pertumbuhan pada batang tubuh, dan sekitar umur 14 tahun mereka bertumbuh sekitar 10 cm setiap tahunnya. Pada perempuan, pertambahan tinggi badan sekitar 16 cm saat *growth spurt.* Percepatan pertumbuhan pertama kali terjadi pada kaki dan tangan, kemudian pada betis dan lengan bawah, diikuti pinggul dan dada, dan kemudian bahu. Pertumbuhan pada kaki lebih dahulu berhenti daripada hampir semua bagian kerangka lainnya. (Sinclair, 1986).

Pertumbuhan pada masa balita lebih lambat dibandingkan pada masa bayi, namun pertumbuhannya stabil. Memperlambat kecepatan pertumbuhan tercermin dalam penurunan nafsu makan, padahal anak-anak membutuhkan energi dan zat gizi yang memadai untuk memenuhi mereka kebutuhan gizi (Brown, 2008).

2.3. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Stunting pada Balita

Stunting disebabkan oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Intervensi yang paling menentukan untuk dapat mengurangi pervalensi stunting oleh karenanya perlu dilakukan pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dari anak balita. Secara lebih detil, beberapa faktor yang menjadi penyebab stunting dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Asupan Energi

Langkah awal dalam mengevaluasi kegagalan pertumbuhan yang terjadi pada anak adalah dengan mengevaluasi kecukupan energi dan nutrisi yang ada pada makanan yang dikonsumsi. Asupan makanan akan berpengaruh terhadap status gizi. Status gizi akan optimal jika tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang diperlukan, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik dan otak serta perkembangan psikomotorik secara optimal (Almatsier, 2005).

Kebutuhan energi yang harus diasup oleh balita di Indonesia telah ditetapkan dalam tabel 2.1 berikut:

Tabel 2.1. Kebutuhan Energi Balita Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2004 Rata-rata per Hari

Kelompok Umur	Energi (kkal)
0-6 bulan	550
7-12 bulan	650
1-3 tahun	1000
4-6 tahun	1550

Asupan zat gizi yang tidak adekuat, terutama dari total energi, protein, lemak dan zat gizi mikro, berhubungan dengan defisit pertumbuhan fisik di anak pra sekolah (ACC/SCN, 2000). Namun konsumsi, diet yang cukup tidak menjamin pertumbuhan fisik yang normal, karena kejadian penyakit lain, seperti infeksi akut atau kronis, dapat mempengaruhi proses yang kompleks terhadap terjadinya atau pemeliharaan defisit pertumbuhan pada anak.

Kecukupan total makanan yang dikonsumsi merupakan penentu utama pertumbuhan. Hal ini karena, sebagian nutrisi dapat didistribusikan secara luas di

berbagai jenis makanan. Makanan yang memadai dari segi kuantitas sangat penting karena energi (kilokalori) yang disediakan didalamnya dan berbagai jenis makanan dapat menjadi substitusi satu sama lain untuk menghasilkan energi. Selama bertahun-tahun sejak lahir sampai dewasa, tubuh manusia membutuhkan energi untuk beberapa proses, yang dapat diringkas dalam rumus berikut: energi yang dibutuhkan = pertumbuhan + pemeliharaan + perbaikan + kerja dimana pemeliharaan berarti energi yang digunakan dalam metabolisme basal, perbaikan berarti energi yang digunakan untuk mengembalikan sel, jaringan, atau sistem setelah adanya penyakit atau kerusakan, dan kerja berarti energi yang digunakan dalam kegiatan diluar hal tersebut. Setelah persyaratan tersebut terpenuhi energi yang masih tersisa dapat digunakan untuk pertumbuhan (Bogin, 1999).

2. Asupan Protein

Protein merupakan zat pengatur dalam tubuh manusia. Pada balita protein dibutuhkan untuk pemeliharaan jaringan, perubahan komposisi tubuh, dan untuk sintesis jaringan baru. Selain itu, protein juga dapat membentuk antibodi untuk menjaga daya tahan tubuh terhadap infeksi dan bahan-bahan asing yang masuk ke dalam tubuh (Almatsier, 2001; Trahms & Pipes, 2000).

Perkiraan kebutuhan protein dalam pertumbuhan berkisar dari 1 sampai 4 g/kg pertambahan jaringan. evaluasi asupan protein anak harus berdasarkan: (1) tingkat pertumbuhan, (2), kualitas protein dari makanan yang diasup, (3) kombinasi makanan yang menyediakan asam amino komplementer ketika dikonsumsi bersamaan, (4) asupan vitamin, mineral, dan energi yang adekuat. Semua komponen tersebut penting dalam sintesis protein (Trahms & Pipes, 2000).

Menurut WHO, kebutuhan protein adalah sebesar 10 – 15% dari kebutuhan energi total (Almatsier, 2005).

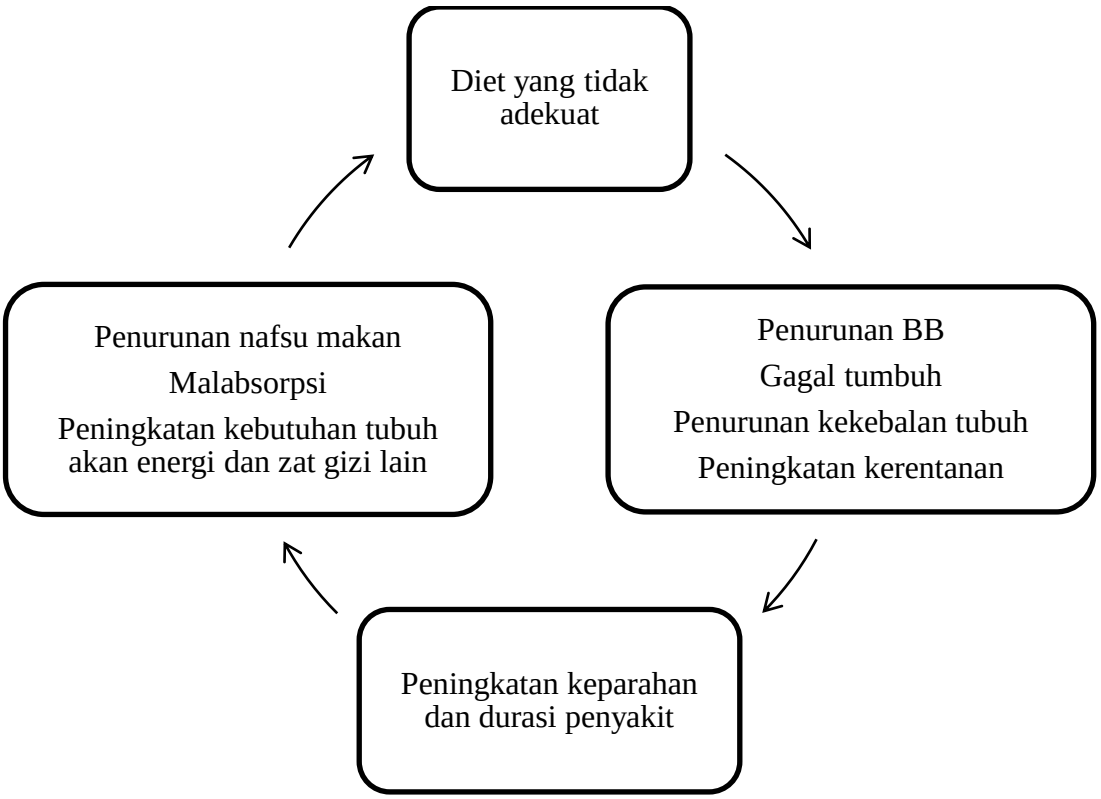
Tabel 2.2. Kebutuhan Protein Balita Berdasarkan
Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2004 Rata-rata per Hari

Kelompok Umur	Protein (gram)
0-6 bulan	10
7-12 bulan	16
1-3 tahun	25
4-6 tahun	39

3. Penyakit Infeksi

Penyebab langsung malnutrisi adalah diet yang tidak adekuat dan penyakit. Manifestasi malnutrisi ini disebabkan oleh perbedaan antara jumlah zat gizi yang diserap dari makanan dan jumlah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh. Hal ini terjadi sebagai konsekuensi dari terlalu sedikit mengkonsumsi makanan atau mengalami infeksi, yang meningkatkan kebutuhan tubuh akan zat gizi, mengurangi nafsu makan, atau mempengaruhi penyerapan zat gizi di usus.

Kenyataannya, malnutrisi dan infeksi sering terjadi pada saat bersamaan. Malnutrisi dapat meningkatkan risiko infeksi, sedangkan infeksi dapat menyebabkan malnutrisi yang mengarahkan ke lingkaran setan. Anak kurang gizi, yang daya tahan terhadap penyakitnya rendah, jatuh sakit dan akan menjadi semakin kurang gizi, sehingga mengurangi kapasitasnya untuk melawan penyakit dan sebagainya. Ini disebut juga *infectionmalnutrition* (Maxwell, 2011).



Gambar 2.1 Siklus Infeksi-Malnutrisi

Tabel 2.3 Ringkasan Interaksi antara Malnutrisi dan Penyakit Infeksi Utama

Penyakit	Dampak malnutrisi pada peyakit	Dampak penyakit infeksi pada status gizi
Diare atau disentri	• Peningkatan durasi • Peningkatan keparahan • Peningkatan risiko kematian	• Malabsorpsi • Penurunan nafsu makan
ISPA	• Peningkatan keparahan • Peningkatan risiko kematian	• Penurunan nafsu makan • Peningkatan laju metabolism dalam kerusakan otot

Berdasarkan penelitian Masithah, Soekirman, & Martianto (2005), anak balita yang menderita diare memiliki hubungan positif dengan indeks status gizi tinggi badan menurut umur (TB/U). Penelitian lain juga menunjukkan hal yang sama, penyakit infeksi menunjukan hubungan signifikan terhadap indeks status gizi TB/U (Neldawati, 2006). Penyakit infeksi seperti diare dan ISPA yang disebabkan oleh sanitasi pangan dan lingkungan yang buruk, berhubungan dengan kejadian *stunting* pada bayi usia 6 – 12 bulan (Astari, Nasoetion, dan Dwiriani 2005). Penelitian lain di Libya juga menyatakan bahwa penyakit diare menjadi faktor kejadian stunting pada anak dibawah 5 tahun (Taguri, *et al*., 2008).

4. Pemberian ASI Eksklusif

ASI merupakan bentuk makanan yang ideal untuk memenuhi gizi anak, karena ASI sanggup memenuhi kebutuhan gizi bayi untuk hidup selama 6 bulan pertama kehidupan. Meskipun setelah itu, makanan tambahan yang dibutuhkan sudah mulai dikenalkan kepada bayi. ASI dapat memenuhi tiga perempat dari kebutuhan protein bayi usia 6 – 12 bulan, selain itu ASI juga mengandung semua asam amino essensial yang dibutuhkan bayi.

ASI eksklusif adalah memberikan hanya ASI saja bagi bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan. Namun ada pengecualian, bayi diperbolehkan mengonsumsi obat-obatan, vitamin, dan mineral tetes atas saran dokter. Selama 6 bulan pertama pemberian ASI eksklusif, bayi tidak diberikan makanan dan minuman lain (susu formula, jeruk, madu, air, teh, dan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, bubur nasi, biskuit, nasi tim). Sedangkan ASI predominan adalah memberikan ASI kepada bayi, tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air,

misalnya teh, sebagai makanan/ minuman prelakteal sebelum ASI keluar (Kemenkes, 2010).

Risiko menjadi stunting 3,7 kali lebih tinggi pada balita yang tidak diberi ASI Eksklusif (ASI < 6 bulan) dibandingkan dengan balita yang diberi ASI Eksklusif (≥ 6 bulan) (Hien dan Kam, 2008). 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. Penelitian lain juga menyebutkan pemberian kolostrum pada bayi berhubungan dengan kejadian *stunting* (Kumar, *et al*., 2006). Selain itu, durasi pemberian ASI yang berkepanjangan merupakan faktor risiko untuk *stunting* (Teshome, 2009).

5. Status Imunisasi

Imunisasi merupakan proses menginduksi imunitas secara buatan baik dengan vaksinasi (imunisasi aktif) maupun dengan pemberian antibodi (imunisasi pasif). Dalam hal ini, imunisasi aktif menstimulasi sistem imun untuk membentuk antibodi dan respon imun seluler yang dapat melawan agen penginfeksi. Lain halnya dengan imunisasi pasif, imunisasi ini menyediakan proteksi sementara melalui pemberian antibodi yang diproduksi secara eksogen maupun transmisi transplasenta dari ibu ke janin (Peter, 2003 dalam Permata, 2009).

Pemberian imunisasi pada anak memiliki tujuan penting yaitu untuk mengurangi risiko mordibitas (kesakitan) dan mortalitas (kematian) anak akibat penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Penyakit-penyakit tersebut antara lain: TBC, difteri, tetanus, pertusis, polio, campak, hepatitis B, dan sebagainya (Narendra, 2002). Status imunisasi pada anak adalah salah satu indikator kontak dengan pelayanan kesehatan. Karena diharapkan bahwa kontak dengan pelayanan kesehatan akan membantu memperbaiki masalah gizi baru jadi, status imunisasi juga diharapkan akan memberikan efek positif terhadap status gizi jangka panjang (Yimer, 2000).

Tabel 2.4 Jadwal Pemberian Lima Imunisasi Dasar

Jenis Imunisasi	Umur Bayi
Hepatitis B (HB) 0	≤ 7 hari
BCG, Polio 1	1 bulan
DPT/HB 1, Polio 2	2 bulan
DPT/HB 2, Polio 3	3 bulan
DPT/HB 3, Polio 4	4 bulan
Campak	9 bulan

Penelitian yang dilakukan Neldawati (2006) menunjukkan bahwa status imunisasi memiliki hubungan signifikan terhadap indeks status gizi TB/U. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa status imunisasi yang tidak lengkap memiliki hubungan yang signifikan dalam kejadian *stunting* pada anak usia < 5 tahun (Taguri, *et al*., 2008).

6. Berat Lahir Balita

Berat lahir pada khususnya sangat terkait dengan kematian janin, neonatal, dan postneonatal; mordibitas bayi dan anak; dan pertumbuhan dan pengembangan jangka panjang. Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) didefinisikan oleh WHO yaitu berat lahir yang kurang dari 2500 gr. 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 retardasi pertumbuhan (Semba dan Bloem, 2001).

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 (Henningham & McGregor dalam Gibney, 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 antropometri yang kurang di masa dewasa. Bayi perempuan yang lahir dengan berat rendah, memiliki risiko 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 dan Bloem, 2001).

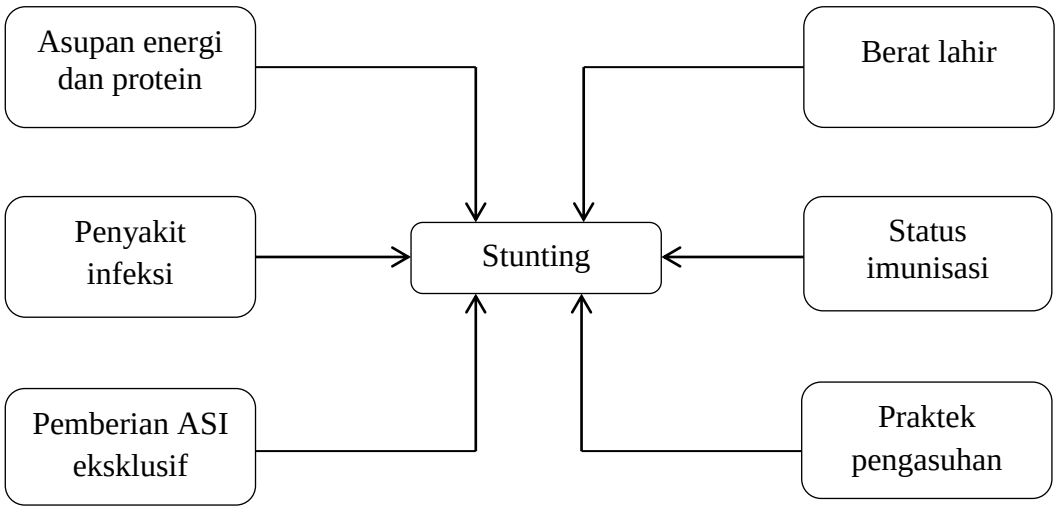
Semua kelompok lahir berisiko terhadap *stunting* hingga usia 12 bulan, dengan risiko terbesar pada kelompok anak IUGR (*Intra Uterine Growth*

Retardation) dan risiko 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 menunjukan bahwa, ibu dengan gizi kurang sejak awal sampai dengan akhir kehamilan akan melahirkan BBLR, yang kedepannya akan menjadi anak stunting (Kusharisupeni, 2004).

7. Praktek Pengasuhan

Termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara ekslusif, dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan/mulai diperkenalkan ketika balita berusia diatas 6 bulan. Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MPASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI, serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan maupun minuman.

2.4. Kerangka Teori



Gambar 2.2. Kerangka Teori

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 Desain dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode survey. Penelitian survei adalah salah satu pendekatanpenelitian yang pada umumnya digunakan untuk pengumpulan data yang luas dan banyak. Penelitian ini dilakukan pada populasi besar maupun kecil, tetapi datanya dari sampel yang diambil dari populasi tersebut.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian di RW 4 dan RW 5 Kelurahan Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat, Kab. Karawang. Penelitian dilakukan selama bulan November 2019.

3.3 Sampel Penelitian

Sampel penelitian sebanyak 62 ibu yang memiliki balita di RW 4 dan RW 5 Kelurahan Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat, Kab. Karawang

3.4 Pengumpulan Data

1. Tahap Persiapan

   Tahap persiapan meliputi pembuatan proposal penelitian, instrument penelitian dan perizinan penelitian dengan pihak terkait.
2. Tahap Pelaksanaan

   Tahap pelaksanaan yaitu melakukan pengumpulan data yang dibutuhkan. Data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur.
3. Tahap Penyelesaian

   Tahap penyelesaian meliputi pengolahan dan analisis data serta pembuatan laporan akhir penelitian.

3.5 Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

   a. Menyunting Data (*editing*)

      Penyuntingan data dilakukan dengan memeriksa adanya kesalahan atau kekurangan dari setiap lembaran kuesioner untuk dapat dipastikan bahwa item dalam kuesioner tersebut telah diisi dengan lengkap.

   b. Koding

      Pengkodean data dilakukan untuk mengklasifikasikan data dan memberi kode untuk masing – masing data yang diisi oleh responden guna memudahkan peneliti dalam proses pemasukan data. Data yang masih dalam bentuk kualitatif diubah menjadi data kuantitatif

   c. Tabulasi

      Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah dengan komputer menggunakan perangkat lunak yaitu program SPSS.

   d. Data *Entry*

      Mengelompokan dan menyajikan data ke dalam bentuk tabel atau diagram untuk memudahkan pengamatan atau evaluasi.

2. Analisa Data

   Data dianalisis secara univariat yaitu analisis yang dilakukan pada setiap variabel data yang telah diolah. Analisis ini bertujuan untuk mengetahui gambaran dari setiap variabel yang diamati. Hasilnya berupa distribusi frekuensi, besarnya proporsi, persentase dan statistik deskriptif dari variabel independen dan variabel dependen yang disajikan secara depskriptif. Analisis ini disajikan dalam bentuk teks, tabel, dan grafik.

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Profil Kelurahan Tanjung Mekar

Tanjungmekar adalah salah satu kelurahan di Kecamatan Karawang Barat, Kabupaten Karawang, Jawa Barat, Indonesia. Kelurahan Tanjungmekar merupakan kelurahan baru hasil pemekaran kelurahan dari Kelurahan Tanjungpura Kecamatan Karawang pada tahun 2005. Jumlah penduduk Kelurahan Tanjungmekar sebanyak 14.313 jiwa dengan penduduk laki-laki sebanyak 7.211 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 7.102 jiwa.

Gambar 4.1. Peta Kabupaten Karawang

4.2 Hasil

Penelitian ini adalah penelitian survey tentang faktor risiko yang mempengaruhi kejadian *stunting* di Kelurahan Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat. Hasil penelitian disajikan dalam tabel berikut:

Sebanyak 62 ibu dengan balita menjadi sampel dalam penelitian ini. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 49 (79%) ibu membawa balitanya ke posyandu dan sebanyak 13 (21%) ibu tidak membawa balita ke posyandu. (Tabel 4.1)

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kunjungan Balita ke Posyandu di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Kunjungan ke Posyandu	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	49	79,0
Tidak	13	21,0
Total	62	100,0

Dari 13 (21%) ibu yang tidak membawa balita ke posyandu, mengungkapkan alasannya tidak membawa balita ke Posyandu karena jauh dan malas, masing-masing sebanyak 5 orang (38,5%) dan sebanyak 3 orang (23%) mengatakan repot. (Tabel 4.2)

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Alasan Tidak Melakukan Kunjungan Balita ke Posyandu di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Alasan	Frekuensi	Persentase (%)
Jauh	5	38,5
Repot	3	23,0
Malas	5	38,5
Total	13	100,0

Jumlah balita yang diimunisasi sebanyak 59 (95,2%) anak, sedangkan balita yang tidak diimunisasi sebanyak 3 (4,8%). (Tabel 4.3) Sedangkan gambaran jenis imunisasi terdapat pada tabel 4.4

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Imunisasi Balita di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Status Imunisasi	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	59	95,2
Tidak	3	4,8
Total	62	100,0

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Imunisasi Balita di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Kunjungan ke Posyandu	Frekuensi
Polio	41
Hepatitis	35
Campak	36
DPT	36
BCG	33

Dari 3 orang ibu yang tidak memberikan imunisasi kepada anaknya, sebanyak 2 orang mengatakan alasannya karena tidak tahu dan sebanyak satu orang mengatakan tidak memberikan imunisasi karena mahal.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Alasan Tidak Imunisasi di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Alasan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak tahu	2	66,7
Mahal	1	33,3
Total	3	100,0

Berdasarkan kepemilikan KMS, sebanyak 27 (43,5%) memiliki KMS, sebanyak 17 (27,5%) menyatakan tidak memiliki KMS dan sebanyak 18 (29%) orang menyatakan tidak tahu. (Tabel 4.6).

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepemilikan KMS di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Kepemilikan KMS	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	27	43,5
Tidak	17	27,5
Tidak Tahu	18	29,0
Total	62	100,0

Dari 27 balita yang memiliki KMS, hasil penimbangan menunjukkan bahwa 14 balita memiliki BB normal, 2 balita tidak normal, 4 balita berada di garis hijau, 2 balita berada di garis merah, 1 balita berada di garis kuning dan 4 ibu mengatakan tidak tahu hasil penimbangan BB anaknya. (Tabel 4.7)

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hasil Penimbangan BB Balita di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Klasifikasi BB	Frekuensi	Persentase (%)
Normal	14	51,9
Tidak Normal	2	7,4
Garis hijau	4	14,8
Garis merah	2	7,4
Garis kuning	1	3,7
Tidak tahu	4	14,8
Total	27	100,0

Sebanyak 53 balita (85,5%) berstatus kesehatan sehat, 2 balita mengalami diare dan sebanyak 7 balita (11,3%) memiliki penyakit ISPA. (Tabel 4.8)

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Kesehatan Balita di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Status Kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
Sehat	53	85,5
Diare	2	3,2
ISPA	7	11,3
Total	62	100,0

Sebanyak 48 balita (77,4%) memiliki berat lahir diatas 2.500 gram, sebanyak 8 balita (12,9%) memiliki BBLR dan sebanyak 6 ibu (9,7%) mengatakan tidak tahu atau lupa berat lahir anaknya. (Tabel 4.9)

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Berat Badan Lahir Anak di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

BB Lahir	Frekuensi	Persentase (%)
≥2500 gram	48	77,4
< 2500 gram	8	12,9
Tidak tahu/lupa	6	9,7
Total	62	100,0

Sebanyak 37 bayi (59,7%) diberi ASI eksklusif, sebanyak 13 bayi (21%) tidak diberi ASI eksklusif dan sebanyak 12 ibu (19,4%) menyatakan bahwa tidak tahu/lupa apakah telah memberikan ASI eksklusif atau tidak. (tabel 4.10)

Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pemberian ASI Eksklusif di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

ASI Eksklusif	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	37	59,7
Tidak	13	21,0
Tidak tahu/lupa	12	19,4
Total	62	100,0

Sebanyak 18 bayi (29%) anak diberi ASI sampai 2 tahun, sebanyak 22 anak (35,5%) tidak diberi ASI sampai 2 tahun dan sebanyak 22 ibu (35,5%) menyatakan bahwa tidak tahu/lupa apakah memberikan ASI sampai 2 tahun atau tidak. (Tabel 4.11)

Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pemberian ASI sampai 2 Tahun di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

ASI 2 Tahun	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	18	29,0
Tidak	22	35,5
Tidak tahu/lupa	22	35,5
Total	62	100,0

Sebanyak 48 anak (77,4%) makan dengan teratur dan 14 anak (22,6%) tidak makan dengan teratur. (Tabel 4.12)

Tabel 4.12 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Balita Makan Teratur di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Makan Teratur	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	48	77,4
Tidak	14	22,6
Total	62	100,0

Sebanyak 33 balita (53,2%) makan 3-5 kali sehari, sebanyak 21 balita (33,9%) makan 1-2 kali sehari dan sebanyak 8 ibu menjawab tidak tahu frekuensi makan balitanya dalam sehari. (Tabel 4.13)

Tabel 4.13 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Frekuensi Makan Balita/Hari di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Frekuensi/Hari	Frekuensi	Persentase (%)
1 - 2 kali	21	33,9
3 - 5 kali	33	53,2
Tidak tahu	8	12,9
Total	62	100,0

Sebanyak 50 ibu mengatakan memberikan snack atau makanan selingan pada balitanya, sebanyak 12 ibu (19,4%) tidak memberikan snack pada balitanya. (Tabel 4.14)

Tabel 4.14 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pemberian Snack Balita di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Frekuensi/Hari	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	50	80,6
Tidak	12	19,4
Total	62	100,0

Sebanyak 20 ibu membiarkan balitanya jika susah makan, sebanyak 8 ibu (12,9%) membelikan jajan dan sebanyak 34 ibu (54,8%) akan membujuk balita ketika susah makan. (Tabel 4.15)

Tabel 4.15 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap Ibu Jika Balita Susah Makan di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Sikap Ibu	Frekuensi	Persentase (%)
Dibiarkan	20	32,3
Membelikan jajanan	8	12,9
Membujuk	34	54,8
Total	62	100,0

Sebanyak 32 ibu (51,6%) tidak memperhatikan suasana ketika balita makan dan sebanyak 30 ibu (48,4%) mengatakan suasana menyenangkan ketika balita makan. (Tabel 4.16)

Tabel 4.16 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Suasana Ketika Balita Makan di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Suasana	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak memperhatikan	32	51,6
Menyenangkan	30	48,4
Total	62	100,0

Sebanyak 39 ibu (62,9%) akan memuji ketika balita lahap makan, sebanyak 23 ibu (37,1%) menyatakan tidak memuji ketika balita lahap makan. (Tabel 4.17)

Tabel 4.17 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Apresiasi pada Balita saat Lahap di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Memuji	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	39	62,9
Tidak	23	37,1
Total	62	100,0

Sebanyak 37 ibu (59,7%) mengatakan memantau jumlah asupan balita dan sebanyak 25 ibu (40,3%) mengatakan tidak memantau jumlah asupan balita. (Tabel 4.18)

Tabel 4.18 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Memantau Jumlah Asupan Balita di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Memantau	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	37	59,7
Tidak	25	40,3
Total	62	100,0

Sebanyak 41 ibu (66,1%) mengatakan jika mengetahui makanan kesukaan balita dan sebanyak 21 ibu (33,9%) menyatakan tidak mengetahui makanan kesukaan balitanya. (Tabel 4.19)

Tabel 4.19 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Mengetahui Makanan Kesukaan Balita di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Tahu	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	41	66,1
Tidak	21	33,9
Total	62	100,0

Sebanyak 41 ibu (66,1%) mengatakan bahwa menjaha kebersihan makanan, 1 ibu mengatakan tidak menjaga kebersihan makanan dan 20 ibu mengatakan tidak tahu. (Tabel 4.20)

Tabel 4.20 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Menjaga Kebersihan Makan di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Menjaga Kebersihan	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	41	66,1
Tidak	1	1,6
Tidak tahu	20	32,3
Total	62	100,0

Sebanyak 30 ibu (48,4%) mengatakan bahwa memperbanyak asupan balita saat sakit atau sembuh dari sakit, sebanyak 13 ibu (21,0%) mengatakan tidak memperbanyak asupan balita dan sebanyak 19 ibu (30,6%) mengatakan tidak tahu. (Tabel 4.21)

Tabel 4.21 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Memperbanyak Asupan Balita saat Sakit atau Sembuh di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Memperbanyak Asupan	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	30	48,4
Tidak	13	21,0
Tidak tahu	19	30,6
Total	62	100,0

Sebanyak 44 ibu (71%) mengatakan memotong kuku balita secara rutin, 4 ibu mengatakan jarang memotong kuku balita dan 14 ibu mengatakan tidak tahu. (Tabel 4.22)

Tabel 4.22 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Memotong Kuku Balita secara Rutin di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Potong kuku	Frekuensi	Persentase (%)
Sering	44	71,0
Jarang	4	6,5
Tidak tahu	14	22,6
Total	62	100,0

Sebanyak 38 ibu (61,3%) mengatakan mencuci tangan sebelum makan dan sebanyak 24 ibu (38,7%) mengatakan tidak mencuci tangan sebelum makan. (Tabe; 4.23)

Tabel 4.23 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Cuci Tangan Sebelum Makan di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Cuci Tangan	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	38	61,3
Tidak	24	38,7
Total	62	100,0

Sebanyak 32 ibu (51,6%) mengatakan memberikan obat cacing, sebanyak 9 ibu (14,5%) tidak memberikan obat cacing dan sebanyak 21 ibu (33,9%) mengatakan tidak tahu. (Tabel 4.24)

Tabel 4.24 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pemberian Obat Cacing di Kel. Tanjung Mekar, Kec. Karawang Barat Tahun 2019

Pemberian Obat Cacing	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	32	51,6
Tidak	9	14,5
Tidak tahu	21	33,9
Total	62	100,0

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

(1) Sebanyak 79% ibu membawa balitanya ke posyandu.

(2) Alasan ibu tidak melakukan kunjungan balita ke posyandu adalah karena jauh, malas dan repot.

(3) Sebayak 95,2% balita di Kel. Tanjung Mekar telah diimunisasi.

(4) Jenis imunisasi balita bervariasi, mulai dari polio, hepatitis, campak, BCg dan DPT.

(5) Alasan ibu tidak memberikan imunisasi pada balita adalah karena tidak tahu dan mahal.

(6) Sebanyak 43,5% balita memiliki KMS.

(7) Sebagian bedsar hasil penimbangan BB balita berada di kategori normal atau garis hijau.

(8) Sebanyak 85,5% balita memiliki status kesehatan yang baik (sehat).

(9) Sebanyak 77,4% ibu menyatakan berat badan lahir anak diatas 2.500 gram.

(10) Sebanyak 59,7% ibu memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

(11) Sebanyak 29,0% ibu memberikan ASI sampai 2 tahun .

(12) Sebanyak 77,4% balita makan dengan teratur.

(13) Sebanyak 53,2% balita makan dengan frekuensi 3-5 kali per hari.

(14) Sebanyak 80,6% ibu membrikan snack pada balita.

(15) Sebanyak 54,8% ibu akan membujuk balita jika susah makan.

(16) Sebanyak 51,6% ibu tidak memperhatikan suasana ketika balita makan.

(17) Sebanyak 62,9% ibu akan memberikan apresiasi atau pujian pada balita saat lahap makan.

(18) Sebanyak 59,7% ibu memantau jumlah asupan balita.

(19) Sebanyak 66,1% ibu mengetahui makanan kesukaan balita.

(20) Sebanyak 66,1% ibu menjaga kebersihan makan.

(21) Sebanyak 48,4% ibu memperbanyak asupan balita saat sakit atau sembuh.

(22) Sebanyak 71,0% ibu memotong kuku balita secara rutin.

(23) Sebanyak 61,3% ibu mencuci tangan sebelum makan.

(24) Sebanyak 51,6% ibu memberikan obat cacing pada balita.

5.2 Saran

(1) Bagi Penelitian dan Peneliti Lain

Diharapkan adanya penelitian dengan desain yang dapat menggambarkan hubungan sebab-akibat agar lebih pasti untuk mengetahui faktor apa saja yang menjadi penyebab terjadinya *stunting* pada balita.

(2) Bagi Masyarakat

a. Diharapkan kepada keluarga terutama ibu dapat memberikan asupan gizi yang adekuat sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya *stunting* pada balita.
b. Diharapkan kepada masyarakat dan petugas kesehatan terutama kader posyandu agar lebih aktif dalam mewujudkan upaya kesehatan untuk mencegah stunting.

(3) Bagi Pemerintah

a. Diharapkan Dinas Kesehatan bersama Pemerintahan Kabupaten Karawang, serta instansi-instansi lain yang terkait dapat memberikan solusi atau membuat kebijakan-kebijakan dalam rangka memperbaiki status gizi balita khususnya *stunting*.
b. Diharapkan Dinas Kesehatan dapat memberikan informasi secara luas baik melalui penyuluhan maupun pelatihan kepada masyarakat ataupun kader kesehatan mengenai status gizi balita khususnya *stunting*.

DAFTAR PUSTAKA

ACC/SCN.2000. "4th Report The World Nutrition Situation: Nutrition throughout the Life Cycle". Geneva**.** Diakses dari www.unscn.org

Almatsier, Sunita (ed). 2005. Penuntun Diet edisi baru. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Arisman. 2009. Buku Ajar Ilmu Gizi: Gizi dalam Daur Kehidupan. Jakarta: EGC.

Astari, L. D., A. Nasoetion, dan C. M. Dwiriani. 2005. "Hubungan Karakteristik Keluarga, Pola Pengasuhan, dan Kejadian Stunting Anak Usia 6-12 Bulan". Media Gizi dan Keluarga 29 (2): 40-46. Diakses dari www.repository.ipb.ac.id

Bogin, Barry. (1999). Patterns of Human Growth second edition. United Kingdom: Cambridge University Press.

Branca, Francesco. 2006. "Nutritional Solutions to Major Health Problems of Preschool Children: How to Optimise Growth and Development". Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 43:S4–S7. Diakses dari www.ncbi.nlm.nih.gov

Brown, J. E. 2008. Nutrition Through the Life Cycle, Fourth Edition. Belmont: Thomson Wadswoth.

Depkes. 2008. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi Jawa Barat Tahun 2007. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Henningham & McGregor. 2008. Public Health Nutrition editor M.J. Gibney, et al (alih bahasa: Andry Hartono). Jakarta: EGC.

Hien, N. N. dan S.Kam. 2008. "Nutritional Status and the Characteristics Related to Malnutrition in Children Under Five Years of Age in Nghean, Vietnam". J Prev Med Public Health, 41(4): 232-240. Diakses dari www.ncbi.nlm.nih.gov

Jahari, B.A. 2004. Status Gizi Berdasarkan Antropometri. Puslitbang Gizi dan Makanan. Depkes RI.

Kementerian Kesehatan. 2010. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2010. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan. 2013. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kumar, Dinesh, et al. 2006. “Influence of Infant-feeding Practices on Nutritional Status of Under-five Children”. Indian J Pediatr, 73 (5): 417-421. Diakses dari www.ncbi.nlm.nih.gov

Kusharisupeni. 2004. “Peran Status Kelahiran Terhadap Stunting pada Bayi : Sebuah Studi Prospektif”. J Kedokter Trisakti, Vol.23 No.3. Diakses dari www.univmed.org

Masithah T., Soekirman, dan D. Martianto. 2005. “Hubungan Pola Asuh Makan Dan Kesehatan Dengan Status Gizi Anak Batita Di Desa Mulya Harja”. Media Gizi Keluarga, 29 (2): 29-39. Diakses dari www.repository.ipb.ac.id

Maxwell, Stephanie. 2011. “Module 5: Cause of Malnutrition”. Diakses dari www.unscn.org

Narendra, M. B., et al. 2002. Tumbuh Kembang Anak dan Remaja. Jakarta: Sagung Seto.

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) (Skripsi). Depok: FKM UI.

Permata, Y. L. 2009. Kelengkapan Imunisasi Dasar Anak Balita dan Faktorfaktor yang Berhubungan di Rumah Sakit Mary Cileungsi Hijau Bogor, Maret 2008 (Skripsi). Jakarta: FK UI

Ramli, et al. 2009. “Prevalence and Risk Factors For Stunting and Severe Stunting Among Under-Fives in North Maluku Province of Indonesia”. BMC Pediatrics 9: 64.

Semba, R. D. dan M. W. Bloem. 2001. Nutrition and Health in Developing Countries. New Jersey: Humana Press.

Semba, R. D., et al. 2008. “Effect of Parental Formal Education on Risk of Child Stunting in Indonesia and Bangladesh: A Cross Sectional Study”. The Lancet Article, 371: 322–328. Diakses dari www.lancet.com

Sinclair, David. 1986. Human Growth After Birth Fouth Edition. New York: Oxford University Press.

Suharjo. 1996. Gizi dan Pangan. Yogyakarta: Kanisius.

Supriasa, I. D. Y. 2002. Penilaian Status Gizi. Jakarta: EGC.

Syafiq, Ahmad. 2007. “Tinjauan Atas Kesehatan dan Gizi Anak Usia Dini” BAPPENAS. Diakses dari www.pkmsobo.banyuwangikab.go.id

Taguri, A. E., et al. 2008. “Risk Factor For Stunting Among Under Five in Libya”. Public Health Nutrition, 12 (8), 1141-1149. Diakses dari www.ncbi.nlm.nih.gov

Tehsome, Beka, et al. 2009. “Magnitude and Determinants of Stunting In Children Underfive Years of Age In Food Surplus Region of Ethiopia: The Case Of West Gojam Zone. Ethiop”. J. Health Dev., 23(2): 98-106. Diakses dari www.ejhd.uib.no

The Lancet. 2008. “The Lancet’s Series on Maternal and Child Undernutrition Executive Summary”. Diakses dari www.thelancet.com

Trahms & Pipes. 2000. Nutrition Throughout The Life Cycle, editor Robert, Bonnie S. W., dan S. R. Williams. Singapore: McGraw Hill.

Yimer, G. 2000. “Malnutrition Among Children in Southern Ethiopia: Levels and Risk Factors”. Ethiop. J. Health Dev, 14(3): 283-292. Diakses dari www.ejhd.uib.no