

PERBEDAAN KARAKTERISTIK BALITA *STUNTING* DI PEDESAAN DAN PERKOTAAN TAHUN 2017

(Studi Pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas
Gabus II dan Wilayah Kerja Puskesmas Pati II Kabupaten Pati)

Aprilliyani Pepi Lusita¹, Suyatno², M. Zen Rahfiludin³

¹ Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang, 50275,
Indonesia

² Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Diponegoro, Semarang, 50275, Indonesia

³ Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Diponegoro, Semarang, 50275, Indonesia

*Aprilliyani Pepi Lusita, april.sita9@gmail.com

ABSTRACT

Linear growth failure is the most common form of undernutrition globally. Indonesia ranks fifth in the world for the number of stunting. Stunting is suffered by approximately 8 million children in Indonesia. Some studies show that the prevalence rate of stunting among under-5 children is much higher in rural areas than urban areas. The purpose of this study was to compare the characteristics stunting among under five children in the rural and urban. Type of this study is an explanatory research method and cross-sectional design with sample sixty eight respondents in rural and urban area of Pati regency, central java. Normality test using Kolmogorov-Smirnov and analyzed using independent t-test and Mann-Whitney with $\alpha = 0.05$. The results showed that the characteristics stunting among under five children in the rural and urban area have a significant differences include mother's education ($p = 0.001$), the level of mother's knowledge about nutrition ($p = 0.014$), duration of the upper respiratory tract infection ($p=0.018$). While the characteristics stunting among under five children in the rural and urban area did not have a significant differences include age of children ($p=0,941$), sex of children ($p=0,051$), Z-score of children ($p=0,127$), the mother's job ($p = 0.145$), economic status ($p = 0.487$), the frequency of upper respiratory tract infection ($p = 0.797$), duration of diarrhea ($p = 0.799$), frequency of diarrhea ($p = 0.824$), the level of energy consumption ($p = 0.816$) and the level of protein consumption ($p = 0.065$). Conclusion : the characteristics stunting among under five children in the rural and urban area have a significant differences are include mother's education, the level of mother's knowledge about nutrition and duration of the upper respiratory tract infection. Suggestion : to increase the mother's knowledge about nutrition especially in rural areas.

Keywords : *Stunting, Children under five year, Rural, Urban*

PENDAHULUAN

Pendek atau *stunting* merupakan kekurangan gizi yang bersifat kronis. Artinya muncul

sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama. Penelitian Semba *et al* menyatakan bahwa balita yang *stunting* merupakan

hasil dari masalah gizi kronis sebagai akibat dari asupan makanan yang kurang, ditambah dengan penyakit infeksi.¹

Penelitian lain yang dilakukan di Sri Lanka menyebutkan bahwa faktor yang paling mendasari terhadap kejadian *stunting* adalah kemiskinan, pendidikan ibu yang rendah dan pengetahuan kurang dari ibu tentang gizi.^{2,3}

Indonesia sendiri menduduki peringkat ke 5 dunia untuk jumlah anak dengan kondisi *stunting*. Pertumbuhan tidak maksimal diderita oleh sekitar 8 juta anak di Indonesia. Prevalensi *stunting* di Indonesia lebih tinggi daripada negara-negara lain di Asia Tenggara, seperti Myanmar (35%), Vietnam (23%), dan Thailand (16%).⁴

Anak-anak pendek menghadapi kemungkinan yang lebih besar untuk tumbuh menjadi orang dewasa yang kurang berpendidikan, miskin, kurang sehat dan lebih rentan terhadap penyakit tidak menular.^{5,6}

Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 mencatat prevalensi *stunting* nasional mencapai 37,2 %, meningkat dari tahun 2010 (35,6%) dan 2007 (36,8%).⁷ Berdasarkan data hasil pemantauan status gizi tahun 2015 angka kejadian *stunting* pada balita di Jawa Tengah mencapai 24,8%, sedangkan di Kabupaten Pati kejadian *stunting* sendiri melebihi angka capaian Jawa Tengah yaitu sebesar 27,0%.

Daerah pedesaan memiliki proporsi yang lebih besar untuk anak pendek (40%) dibandingkan dengan daerah perkotaan (33%).⁵ Kabupaten Pati angka kejadian *stunting* tertinggi berada di wilayah

kerja Puskesmas Gabus II sebagai wilayah pedesaan dengan prevalensi *stunting* tahun 2015 sebesar 30,37%. Sedangkan untuk daerah perkotaan yaitu di wilayah kerja Puskesmas Pati II dengan prevalensi balita *stunting* sebesar 7%. Balita *stunting* banyak ditemukan pada kelompok usia diatas 2 tahun. Berdasarkan kondisi tersebut peneliti ingin melakukan penelitian mengenai "Perbedaan Faktor Yang Mempengaruhi Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan (Studi Pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Gabus II dan Wilayah Kerja Puskesmas Pati II Kabupaten Pati)".

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah survei analitik (*explanatory research*) dengan desain atau rancangan penelitian *cross sectional*. Penelitian dilakukan di 2 wilayah Puskesmas yang masing-masing berada di Pedesaan dan Perkotaan. Pedesaan peneliti mengambil tempat di wilayah kerja Puskesmas Gabus II, sedangkan perkotaan di wilayah kerja Puskesmas Pati II. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 68 responden yaitu 34 balita *stunting* yang berada di pedesaan dan 34 balita *stunting* yang berada di perkotaan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi kuesioner, lembar *informed consent*, *microtoise*, timbangan digital, lebar recall 24 jam, *nutrisurvey*, *WHO Antro*, *SPSS*. Teknik Pengumpulan data dilakukan secara *door to door* pada masing-masing responden. Analisis data dilakukan secara

univariat dan analisis bivariat yang meliputi *Independent t-test, Mann-*

Whitney, Kolmogorov Smirnov.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Hasil Analisis Data Penelitian

Variabel	Kategori	Wilayah		N	p value	Kriteria
		Pedesaan	Perkotaan			
Usia balita <i>stunting</i>	24-35 Bulan	55,9%	55,9%	68	0,941	Tidak ada beda
	36-47 Bulan	11,8%	26,5%			
	48-59 Bulan	32,4%	17,6%			
Jenis kelamin balita <i>stunting</i>	Laki-laki	44,1%	67,6%	68	0,051	Tidak ada beda
	Perempuan	55,9%	32,4%			
Lama pendidikan ibu	0-6 Tahun	20,6%	2,9%	68	0,001	Ada beda bermakna
	7-9 Tahun	35,3%	14,7%			
	10-12 Tahun	44,1%	50,0%			
	>12 Tahun	0,0%	32,4%			
Status pekerjaan ibu	Bekerja	38,2%	55,9%	68	0,145	Tidak ada beda
	Tidak bekerja	61,8%	44,1%			
Tingkat pengetahuan gizi ibu	Kurang	58,8%	35,3%	68	0,014	Ada beda bermakna
	Cukup	38,2%	44,1%			
	Baik	2,9%	20,6%			
Status ekonomi	Miskin	64,7%	55,9%	68	0,487	Tidak ada beda
	Tidak miskin	35,3%	44,1%			
Durasi sakit infeksi saluran pernapasan atas	≤ 3 hari	8,8%	29,4%	68	0,018	Ada beda bermakna
	>3 hari	91,2%	70,6%			
Frekuensi sakit infeksi saluran pernapasan atas	< 2 kali	17,6%	23,5%	68	0,797	Tidak ada beda
	2-5 kali	73,5%	73,5%			
	>5 kali	8,8%	2,9%			
Durasi sakit diare	≤ 3 hari	82,4%	91,2%	68	0,799	Tidak ada beda
	>3 hari	17,6%	8,8%			
Frekuensi sakit diare	< 2 kali	82,4%	91,2%	68	0,824	Tidak ada beda
	2-5 kali	17,6%	8,8%			
	>5 kali	0%	0%			
Tingkat konsumsi energi	Baik	8,8%	20,6%	68	0,816	Tidak ada beda
	Sedang	17,6%	0%			
	Kurang	17,6%	17,6%			
	Defisit	55,9%	61,8%			
Tingkat konsumsi	Baik	35,3%	47,1%	68	0,065	Tidak ada beda
	Sedang	14,7%	23,5%			

Variabel	Kategori	Wilayah		N	p value	Kriteria
		Pedesaan	Perkotaan			
protein	Kurang	41,2%	20,6%			
	Defisit	8,8%	8,8%			

Perbedaan Usia Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara usia balita *stunting* yang berada di pedesaan dengan balita *stunting* yang berada di perkotaan. Pada kedua wilayah usia balita *stunting* paling banyak ditemukan pada usia 24-35 bulan.

Balita 24-35 bulan cenderung mengalami perlambatan sehingga tumbuh lebih rendah dibanding usia 0- 2 tahun. Usia 24-35 bulan anak mengalami perkembangan yang pesat dalam kemampuan kognitif dan motorik sehingga anak membutuhkan asupan lebih. Pada usia ini anak membutuhkan perhatian lebih dalam hal asupan karena kebutuhan energi yang lebih tinggi dan kebutuhan makanan yang lebih bervariasi dibanding usia 0-2 tahun. Adanya kebiasaan makan balita yang sulit pada penelitian ini juga menjadi penyebab balita *stunting* di kedua wilayah paling banyak ditemukan pada kelompok usia 24-59 bulan. Sehingga pada saat anak memiliki asupan yang rendah maka perkembangan anak menjadi terganggu.

Anak yang berusia 24-59 bulan menderita status gizi kurang disebabkan asupan yang dibutuhkan untuk anak seusia ini meningkat. Anak pada kelompok usia ini sebagian besar menunjukkan sikap menerima dan menolak makanan, kemungkinan juga adanya paparan lingkungan yang menyebabkan anak mudah sakit. Sehingga hal tersebut mempengaruhi status gizi anak.^{1, 8}

Perbedaan Jenis Kelamin Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Proporsi jenis kelamin balita *stunting* yang berada di pedesaan dengan perkotaan memiliki perbedaan yang tidak signifikan. Balita *stunting* yang berada di pedesaan paling banyak berjenis kelamin perempuan. Sedangkan di wilayah perkotaan balita *stunting* paling banyak berjenis kelamin laki-laki.

Perbedaan proporsi jenis kelamin balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan tersebut dikarenakan pada wilayah penelitian persentase jumlah balita perempuan paling banyak ditemukan pada wilayah pedesaan sedangkan pada wilayah perkotaan balita paling banyak yaitu berjenis kelamin laki-laki. Sehingga risiko pada kelompok tersebut lebih besar pada masing-masing wilayah.

Pada penelitian ini juga ditemukan bahwa balita *stunting* sebagian besar ditemukan pada balita berjenis kelamin laki-laki. Aktivitas dan permainan yang dilakukan anak laki-laki lebih aktif daripada anak perempuan sehingga hal tersebut mempengaruhi kebutuhan energi anak laki-laki yang lebih banyak. Apabila aktivitas ini tidak diimbangi dengan nutrisi yang cukup maka akan menjadi faktor risiko kejadian malnutrisi.

Perbedaan Nilai Z-Score Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Tabel 2. Perbedaan Nilai Z-Score Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

	Mean	SD	Min	Max
Desa	-2,4082	0,40795	-3,79	-2,01
Kota	-2,2476	0,32874	-3,97	-2,04

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai *Z-score* balita *stunting* di pedesaan rata-rata lebih rendah dibandingkan dengan nilai *Z-score* balita *stunting* yang berada di perkotaan. Tetapi berdasarkan uji statistik yang dilakukan perbedaan tersebut tidak bermakna.

Nilai *Z-score* menunjukkan pertumbuhan balita. Pada penelitian ini nilai *Z-score* balita di pedesaan lebih rendah dibandingkan dengan nilai *Z-score* balita *stunting* yang berada di perkotaan. Hal tersebut dikarenakan asupan makanan yang baik ditemukan pada kelompok balita yang tinggal di perkotaan. Hal tersebut dapat dilihat pada tingkat konsumsi protein, dimana tingkat konsumsi protein kategori baik paling banyak ditemukan pada balita *stunting* di perkotaan dibandingkan dengan pedesaan. Selain itu, dari segi lama sakit infeksi saluran pernapasan atas, di pedesaan memiliki durasi sakit yang lebih lama dibandingkan dengan balita *stunting* yang berada di perkotaan. Hal tersebut akan mempengaruhi percepatan pertumbuhan tinggi badan balita sehingga akan berpengaruh terhadap nilai *Z-score* yang dimiliki. Status ekonomi yang tinggi juga paling banyak ditemukan pada responden di wilayah perkotaan, sehingga akan mempengaruhi konsumsi makanan balita, yang nantinya akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangannya.

Perbedaan Lama Pendidikan Ibu Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan lama pendidikan yang ditempuh oleh ibu balita *stunting* di wilayah pedesaan dan perkotaan.

Lama pendidikan yang ditempuh ibu balita *stunting* di perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan ibu balita *stunting* di wilayah pedesaan. Hal tersebut dapat disebabkan karena ibu balita *stunting* yang tinggal di perkotaan akan memiliki kesempatan bersekolah lebih tinggi dibandingkan dengan wilayah pedesaan, dimana perkotaan menjadi pusat ekonomi masyarakat sehingga dari segi ekonomi dapat menunjang seseorang untuk memperoleh pendidikan yang lebih tinggi. Selain itu, di perkotaan jumlah tempat pendidikan yang tersedia jauh lebih banyak dibandingkan dengan wilayah pedesaan dan dengan jarak tempuh yang lebih dekat.

Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh aridiyah, dimana ibu balita *stunting* yang memiliki pendidikan rendah paling banyak ditemukan pada wilayah pedesaan yaitu sebesar 96,7% sedangkan di wilayah perkotaan ibu dengan pendidikan rendah yaitu sebanyak 80%.⁹

Perbedaan Status Pekerjaan Ibu Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Berdasarkan hasil Uji Beda menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara proporsi status pekerjaan ibu balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan.

Status pekerjaan ibu balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan menunjukkan bahwa ibu balita yang berada di pedesaan paling banyak memiliki status pekerjaan tidak bekerja yaitu sebanyak 61,8%, sedangkan ibu balita yang berada di wilayah perkotaan paling banyak

memiliki status pekerjaan yaitu bekerja sebanyak 55,9%. Meskipun demikian kedua wilayah memiliki ibu dengan status tidak bekerja yang cukup tinggi. Sehingga kedua wilayah tidak memiliki perbedaan yang bermakna.

Ibu yang tidak bekerja akan lebih dapat memperhatikan pertumbuhan dan perkembangan anak-anaknya salah satunya dalam hal gizi dan asupan. Pada penelitian ini kedua wilayah yaitu di pedesaan dan perkotaan ibu balita banyak ditemukan tidak bekerja atau memilih bekerja sebagai ibu rumah tangga untuk mengurus anaknya, mengingat usia anak balita yang masih kecil sehingga masih memerlukan banyak perhatian khusus dari orang tua salah satunya ibu.

Penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Ria Helda yang melakukan penelitian tentang hubungan faktor *underweight* di wilayah pedesaan dan perkotaan di Indonesia. Pada hasil penelitian mengungkapkan bahwa wilayah perkotaan sebanyak 35% memiliki status ibu bekerja dan 65% dengan ibu yang tidak bekerja. Sedangkan di wilayah pedesaan sebanyak 44,3% status ibu bekerja dan 55,7% dengan status ibu yang tidak bekerja. Berdasarkan penelitian tersebut, ibu balita yang tidak bekerja memiliki jumlah terbesar di wilayah perkotaan maupun pedesaan di Indonesia.¹⁰

Perbedaan Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Berdasarkan hasil analisis data tingkat pengetahuan gizi ibu balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan menunjukkan terdapat perbedaan tingkat pengetahuan gizi ibu balita *stunting* di wilayah pedesaan dan perkotaan. Ibu balita *stunting* di pedesaan memiliki tingkat

pengetahuan gizi lebih tinggi dari pada ibu balita *stunting* di pedesaan.

Ibu balita *stunting* yang tinggal di perkotaan dalam lingkup letak geografis sebagai pusat kota dengan sumber informasi yang lengkap baik media massa ataupun media elektronik, serta adanya penyuluhan dan sosialisasi akan memberikan dampak terhadap peningkatan pengetahuan ibu balita *stunting*. Selain itu, pengetahuan ibu balita *stunting* di pedesaan juga merupakan salah satu dampak dari rendahnya pendidikan yang ditempuh oleh ibu, dimana pada penelitian ini ibu balita *stunting* yang tinggal di wilayah pedesaan sebagian besar (55,9%) menempuh pendidikan tingkat SD dan SMP.¹¹

Hasil penelitian sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Ardiyah, dimana tingkat pengetahuan ibu mengenai gizi pada anak balita *stunting* yang berada di desa sebagian besar adalah kurang dengan persentase 64,5%, sedangkan untuk wilayah kota sebagian besar yaitu tingkat pengetahuan cukup yaitu sebesar 86,7%. Hasil analisis menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan gizi ibu merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya *stunting* pada anak balita baik yang berada di daerah pedesaan maupun perkotaan.⁹

Pada penelitian ini ibu balita *stunting* yang berstatus bekerja banyak ditemukan pada wilayah perkotaan, sehingga pengetahuan yang diperoleh ibu balita *stunting* di perkotaan juga diperoleh dari *sharing* dengan teman-teman kerjanya. Sehingga pengalaman yang didapatkan oleh ibu balita *stunting* di perkotaan lebih banyak dibandingkan dengan ibu balita *stunting* yang tinggal di pedesaan.

Perbedaan Status Ekonomi Keluarga Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Berdasarkan hasil analisis data status ekonomi keluarga balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan menunjukkan tidak terdapat perbedaan status ekonomi antara keluarga balita *stunting* yang tinggal di wilayah pedesaan dan keluarga balita *stunting* yang tinggal di perkotaan. Pada penelitian ini didapatkan wilayah pedesaan maupun perkotaan sebagian besar responden masuk dalam kategori miskin.

Pada penelitian ini rata-rata ibu balita di kedua wilayah dijumpai dengan lama pendidikan selama 10-12 tahun atau dapat dikatakan tamat SMA. Tingkat pendidikan ini akan dapat mempengaruhi seseorang untuk memperoleh suatu pekerjaan, dimana tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan dapat mampu memperoleh pekerjaan yang dapat menunjang ekonomi keluarga. Disamping itu, pada penelitian ini juga banyak ditemukan ibu balita dengan status pekerjaan tidak bekerja, sehingga tidak dapat memberikan tambahan masukan pendapatan pada keluarganya.

Penelitian Oktarina menyebutkan bahwa proporsi balita yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi rendah lebih banyak mengalami *stunting* dibandingkan dengan proporsi balita yang berasal dari status ekonomi yang tinggi.¹² Penelitian yang dilakukan oleh Aridyah juga menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga terhadap kejadian *stunting* pada anak balita baik yang berada di daerah pedesaan maupun perkotaan.⁹

Perbedaan Durasi Sakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Berdasarkan hasil analisis durasi sakit infeksi saluran pernapasan atas balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan menunjukkan bahwa terdapat perbedaan durasi sakit infeksi saluran pernafasan atas antara balita *stunting* yang tinggal di wilayah pedesaan dan balita *stunting* yang tinggal di wilayah perkotaan..

Pada penelitian ini ditemukan bahwa balita *stunting* yang tinggal di pedesaan memiliki durasi sakit infeksi saluran pernafasan atas yang dialami lebih lama dibandingkan dengan balita *stunting* yang tinggal di pedesaan. Hal tersebut dapat disebabkan karena keadaan status ekonomi yang tinggi lebih banyak ditemukan di wilayah perkotaan. Status ekonomi akan mempengaruhi perilaku seseorang untuk melakukan pelayanan kesehatan untuk berobat. Pada wilayah penelitian di pedesaan rata-rata ibu balita akan membawa periksa anaknya ke bidan untuk dilakukan pemeriksaan dibandingkan dengan membawanya ke dokter anak. Hal tersebutlah yang membuat perbedaan lamanya proses penyembuhan yang didapatkan. Selain itu, akses pelayanan kesehatan di perkotaan lebih dekat dibandingkan dengan akses pelayanan kesehatan yang berada di pedesaan. Jumlah pelayanan kesehatan untuk anak balita juga lebih lengkap di perkotaan dibandingkan dengan di pedesaan.

Ibu balita yang tinggal di perkotaan memiliki tingkat pengetahuan gizi lebih baik dibandingkan dengan wilayah pedesaan. Sehingga hal tersebut akan mempengaruhi terhadap pemberian asupan makanan yang

akan berdampak terhadap status gizi anak balita.

Penelitian yang dilakukan Kusumawati, Erna menemukan bahwa anak *stunting* sering mengalami infeksi penyakit infeksi, kurang baik dalam pelayanan kesehatan dan imunisasi yang banyak ditemukan pada keluarga dengan pendapatan rendah. Faktor anak dengan *stunting* berhubungan secara bermakna ($p < 0,05$) pada balita yang menderita penyakit infeksi, pelayanan kesehatan dan imunisasi yang kurang baik.¹³

Perbedaan Frekuensi Sakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Berdasarkan hasil analisis frekuensi sakit infeksi saluran pernafasan atas balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan bahwa tidak terdapat perbedaan frekuensi sakit infeksi saluran pernafasan atas antara balita *stunting* yang tinggal di wilayah pedesaan dan balita *stunting* yang tinggal di wilayah perkotaan.

Balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan paling banyak memiliki frekuensi sakit infeksi saluran pernafasan atas 2-5 kali dalam 3 bulan terakhir. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Tando, Naomi yang menemukan bahwa penyakit yang sering di alami oleh subyek penelitian anak usia ≤ 6 tahun paling banyak yaitu sakit batuk, pilek. dengan klasifikasi frekuensi sakit paling banyak terjadi pada kategori ≤ 6 kali (4-6 kali) yang terjadi pada kelompok *stunting*.¹⁴

Balita *stunting* akan lebih mudah untuk terserang penyakit. Anak mengalami kekurangan gizi akan berdampak pada keterbatasan pertumbuhan fisik, kurus, dan lebih rentan terhadap penyakit infeksi.¹⁵

Status gizi buruk berdampak terhadap menurunnya produksi zat anti bodi dalam tubuh yang menyebabkan hadirnya penyakit infeksi.¹⁶

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Effendi, Ari menyebutkan bahwa frekuensi infeksi saluran pernafasan atas lebih sering dialami oleh 82,5% balita *stunting* yaitu sebanyak 2-5 kali dalam 3 bulan terakhir.¹⁷

Perbedaan Durasi Sakit Diare Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Berdasarkan hasil analisis durasi sakit diare balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan durasi sakit diare antara balita *stunting* yang tinggal di wilayah pedesaan dan balita *stunting* yang tinggal di wilayah perkotaan. Balita di kedua wilayah sama-sama memiliki durasi sakit paling banyak selama ≤ 3 hari.

Penurunan angka kejadian diare perlu tata laksana yang cepat dan tepat. Pada saat dilakukan wawancara peneliti menemukan bahwa rata-rata ibu yang tinggal di pedesaan apabila menemukan anaknya mengalami sakit diare akan melakukan penanganan secara dini dengan memberikan larutan gula dan garam, adapula yang meberikan rebusan daun jambu biji. Meskipun demikian, tidak sedikit juga beberapa ibu balita *stunting* yang tinggal di pedesaan dan khususnya perkotaan membawa anaknya ke tempat pelayanan kesehatan seperti ke puskesmas atau ke bidan desa. Berdasar 68 responden di wilayah perkotaan dan pedesaan, 75% responden mengetahui bahwa sakit diare apabila tidak segera ditangani dapat menyebabkan kematian pada balita. Sehingga hal tersebutlah yang membuat ibu balita *stunting* di desa

maupun di kota memberikan upaya segera apabila balita mengalami diare maka dilakukan pengobatan dengan segera.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Putri, Wenny menyebutkan bahwa pertolongan pertama bila mengalami diare yang banyak dipilih oleh responden yaitu memberikan larutan gula garam sebanyak 88,4% responden.¹⁸

Berdasarkan beberapa penelitian menunjukkan bahwa ibu balita hampir sebagian besar telah mengetahui cara penanganan diare yang benar pada anak balitanya. Kemampuan ibu yang tepat untuk melakukan penanganan diare membuat durasi diare yang dialami oleh balita *stunting* di wilayah perkotaan dan pedesaan berlangsung lebih singkat yaitu kurang dari ≤ 3 hari baik pada balita di wilayah perkotaan maupun balita yang tinggal di wilayah pedesaan.

Perbedaan Frekuensi Sakit Diare Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Berdasarkan hasil analisis frekuensi sakit diare balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan frekuensi sakit diare antara balita *stunting* yang tinggal di wilayah pedesaan dan balita *stunting* yang tinggal di wilayah perkotaan. Sakit diare pada balita di wilayah pedesaan dan perkotaan paling banyak yaitu < 2 kali dalam 3 bulan terakhir.

Hasil penelitian yang sama dilakukan oleh Ari Efendhi menemukan bahwa rata-rata frekuensi diare yang dialami oleh balita usia 12-48 bulan termasuk dalam kategori jarang yaitu dengan angka 1,1277.¹⁷

Peneliti menemukan pada daerah penelitian hampir semua

responden menggunakan sarana air bersih yang diperoleh dari sumur gali. Menurut Penelitian yang dilakukan Wulandari, Anjar menunjukkan bahwa sumber air minum yang digunakan mempengaruhi terjadinya diare akut dengan nilai $p < 0,05$. Begitu pula penelitian yang dilakukan Yulisa, yang menunjukkan bahwa ada pengaruh sumber air minum dengan kejadian diare pada balita dengan nilai $p = 0,0001$.^{19, 20}

Hasil pemantauan kepemilikan sarana air bersih Kabupaten Pati menunjukkan 51,2% penduduk Kabupaten Pati menggunakan sumur gali, 9,3% menggunakan sumur pompa tangan dan 12,0% menggunakan jaringan perpipaan. Selain itu, hasil studi EHRA menunjukkan sumber air yang digunakan untuk minum masyarakat di Kabupaten Pati masih ada keluarga yang menggunakan sumber air untuk minum berasal dari sumber air tidak terlindungi yaitu sebanyak 484 responden.²¹

Pada wilayah pedesaan juga ditemukan tidak adanya tempat pembuangan akhir (TPA). Banyak masyarakat yang membuang sampahnya di kebun belakang rumah, pada aliran sungai yang mengalir atau kali, ataupun sampah dibuang dengan cara dibakar. Tidak adanya tempat pembuangan sampah yang aman tersebut dapat memicu berbagai macam penyakit, salah satunya adalah hadirnya penyakit diare.

Perbedaan Tingkat Konsumsi Energi Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Berdasarkan hasil analisis tingkat konsumsi energi balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat konsumsi energi antara balita *stunting* yang tinggal di

wilayah pedesaan dan balita *stunting* yang tinggal di wilayah perkotaan. Pada kedua wilayah konsumsi energi balita sebagian besar masuk dalam kategori defisit.

Hasil penelitian yang sama ditemukan oleh Lestari, Wanda dkk dimana rendahnya kecukupan energi merupakan faktor risiko pada kejadian *stunting*. Pada penelitian tersebut anak *stunting* lebih banyak anak dengan tingkat kecukupan energi yang kurang ($p=0,03$).²²

Malnutrisi Energi Protein (MEP) mempunyai hubungan timbal balik dengan diare. Disatu pihak, diare dapat mencetuskan terjadinya malnutrisi, sedangkan di pihak lain malnutrisi dapat menyebabkan timbulnya diare. Sama halnya pada pembahasan sebelumnya yang menyatakan bahwa hampir sebagian besar balita *stunting* yang berada di pedesaan dan perkotaan mengalami sakit diare dalam 3 bulan terakhir. Sehingga dapat dikatakan bahwa kejadian *stunting* antara di desa dan di kota dikarenakan timbal balik antara asupan yang kurang dengan kejadian sakit diare.²³

Penghasilan disini juga berpengaruh terhadap tingkat konsumsi makanan keluarga. Pada pembahasan sebelumnya diketahui bahwa balita *stunting* pada kedua wilayah banyak ditemukan pada keluarga dengan keadaan ekonomi yang rendah, sehingga hal tersebut berdampak pada jumlah pengeluaran yang digunakan untuk keperluan pangan.²⁴

Berdasarkan wawancara pada ibu balita *stunting*, peneliti menemukan rata-rata anak balita *stunting* yang tinggal di pedesaan maupun di perkotaan memiliki kebiasaan makan yang sulit. Menurut Djoko kesulitan makan pada anak balita berupa berkurangnya nafsu makan yang makin meningkat

berhubungan dengan makin meningkatnya interaksi dengan lingkungan, mereka lebih mudah terkena penyakit terutama penyakit infeksi baik yang akut maupun yang menahun, infestasi cacing dan sebagainya. Sehingga kesulitan makan yang terjadi akan berdampak pada kesehatan dan tumbuh kembang anak.²⁵

Perbedaan Tingkat Konsumsi Protein Balita *Stunting* di Pedesaan dan Perkotaan

Berdasarkan hasil analisis tingkat konsumsi protein balita *stunting* di pedesaan dan perkotaan menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat konsumsi protein antara balita *stunting* yang tinggal di wilayah pedesaan dan balita *stunting* yang tinggal di wilayah perkotaan. Tingkat konsumsi protein di perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan pedesaan tetapi, perbedaan ini tidak bermakna. Tingkat konsumsi protein balita *stunting* pada kedua wilayah masih kurang dari 50% balita.

Penelitian yang dilakukan Hermina, anak pendek yang mengalami defisit protein lebih banyak daripada anak balita yang normal.²⁶ Hasil penelitian Ardiyah juga ditemukan bahwa kecukupan protein pada anak balita *stunting* yang berada di wilayah desa terbanyak adalah kategori kurang sebesar 41,9%, sedangkan untuk di perkotaan tingkat kecukupan protein termasuk kategori baik sebesar 46,7%.⁹

Sama halnya dengan tingkat konsumsi energi, tingkat konsumsi protein antara balita *stunting* yang tinggal di pedesaan dengan balita *stunting* yang tinggal di perkotaan juga dipengaruhi keadaan ekonomi keluarga, dimana pada kedua wilayah balita *stunting* banyak

ditemukan pada keluarga dengan keadaan ekonomi yang rendah sehingga akan mempengaruhi terhadap daya beli pangan keluarga. Selain itu, faktor yang dapat mempengaruhi rendahnya tingkat kecukupan protein pada balita *stunting* di desa dan di kota yaitu adanya penyakit infeksi yang diderita, kebiasaan anak yang sulit dan tidak mau makan dan kurangnya keberagaman makanan yang disajikan oleh ibu balita.

Keterbatasan Penelitian

1. Faktor sanitasi lingkungan dan penggunaan air bersih yang tidak diteliti.
2. Tidak ditelitinya faktor tinggi badan orang tua.

KESIMPULAN

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan meliputi lama pendidikan ibu, tingkat pengetahuan gizi ibu, durasi sakit infeksi saluran pernapasan atas. Sedangkan faktor yang tidak memiliki perbedaan yang signifikan antara lain usia balita, jenis kelamin balita, nilai *Z-score* balita, status pekerjaan ibu, status ekonomi keluarga, frekuensi sakit infeksi saluran pernapasan atas, durasi sakit diare, frekuensi sakit diare, tingkat konsumsi energi dan tingkat konsumsi protein.

DAFTAR PUSTAKA

1. Semba RD et al. *Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: a cross-sectional study*. Volume 371, No. 9609, p322–328, 26 January 2008. Diakses melalui www.thelancet.com pada tanggal 19 Desember 2016.
2. Sujendran S, et al. *Prevalence of Stunting among Children Aged 6 to 36 Months, in the Eastern Province of Sri Lanka*. *Journal Nutritional Disorders & Therapy*, 2015.
3. Amany, E S et al. *Determinants of stunting among preschool children, Minia, Egypt. Penentu pengerdilan antara prasekolah anak-anak, Minia, Mesir*. *International Public Health Forum*, 2014.
4. *Millennium Challenge Account-Indonesia*. *Stunting dan Masa Depan Indonesia* Diakses melalui www.mca-indonesia.go.id pada tanggal 10 Oktober 2016.
5. Unicef. *Gizi Ibu dan Anak*. Unicef Artikel Ringkasan Kajian, 2012.
6. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. *Situasi Balita Pendek*. Jakarta : Depkes RI, 2016.
7. Kementerian Kesehatan RI. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI, 2013.
8. Boyle, M.A and Roth, S.L. *Personal Nutrition*, Seventh Edition. Wadsworth Cengage Learning, USA, 2010.
9. Ardiyah, dkk. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan*. *Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember*. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan* Vol.3 (no.1), Januari 2015.
10. Pratiwi, Ria Helda. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Berat Kurang (Underweight) pada Balita di Perkotaan dan Pedesaan Indonesia Berdasarkan Data Riskesdas 2013*. *Fakultas Kesehatan*

- Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang, 2015.
11. Suhardjo. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta : Bumi Aksara, 2003.
 12. Oktarina dan Trini Sudiarti. *Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita (24-59 Bulan) di Provinsi Aceh, Sumatra Utara, Sumatra Selatan dan Lampung Tahun 2010 (Analisis Data Riskesdas Tahun 2010)*. Program Studi Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, 2012.
 13. Kusumawati, Erna; dkk. *Model Pengendalian Faktor Risiko Stunting pada Anak Usia di Bawah Tiga Tahun*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 9, No. 3, Februari 2015.
 14. Tando, Naomi. *Durasi Dan Frekuensi Sakit Balita Dengan Terjadinya Stunting Pada Anak Sd Di Kecamatan Malalayang Kota Manado*. Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Manado, Jurnal Gizido Volume 4 Nomor 1, Mei 2012.
 15. Marriane. *Gizi Rumah Tangga dan Pengolahan Makanan*. Medan : SCPP, tahun 2013. Diakses melalui www.swisscontact.or.id pada tanggal 12 Juli 2017.
 16. Soekirman. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Jakarta : Depdiknas, 2000.
 17. Efendhi, Ari. *Hubungan Kejadian Stunting Dengan Frekuensi Penyakit Ispa Dan Diare Pada Balita Usia 12-48 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Gilingan Surakarta*. Program Studi Ilmu Gizi Jenjang S1 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2015.
 18. Putri, Wenny. *Hubungan Pengetahuan Ibu Terhadap Tindakan Pencegahan dan Pengobatan Diare di Posyandu Gonilan Kartasura*. Fakultas Farmasi, Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2012.
 19. Wulandari, Anjar. *Hubungan Antara Faktor Lingkungan Dan Faktor Sosiodemografi Dengan Kejadian Diare Pada Balita Di Desa Blimbing Kecamatan Sambirejo Kabupaten Sragen Tahun 2009*. Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2009.
 20. Yulisa. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Diare pada Anak Balita (Studi pada Masyarakat Etnis Dayak Kelurahan Kasongan Baru Kecamatan Kentingan Hilir Kabupaten Kentingan Kalimantan Tengah)*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Diponegoro, Semarang, 2008.
 21. *Percepatan Pembangunan Sanitasi Pemukiman (PPSP)*. Profil Sanitasi Kabupaten Pati. PPSP, 2012 didownload melalui <http://ppsp.nawasis.info/dokumen/perencanaan/sanitasi/pokja/bp/kab.pati/Bab%203%20SEPTEMBER%205.pdf> pada tanggal 20 Juli 2017.
 22. Lestari, Wanda dkk. *Faktor risiko stunting pada anak umur 6-24 bulan di kecamatan Penanggalan kota Subulussalam provinsi Aceh*. Jurnal Gizi Indonesia (ISSN : 1858-4942) Vol. 3, No. 1, Desember 2014: 37-45
 23. Irza N, Ranti dkk. *Status Gizi, Asupan Energi dan Protein dengan Hari Rawat Anak Diare Akut di Ruang Rawat Inap E BLU RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou*

- Manado. Jurnal Gizi Indonesia, Volume 5 No. 1 November 2013.*
24. Ariningsih, Ening. *Konsumsi dan Kecukupan Energi dan Protein Rumah Tangga Perdesaan di Indonesia: Analisis Data Susenas 1999, 2002, dan 2005. Pusat Analisis Sosial Ekonomi dan Kebijakan Pertanian.* Diakses melalui http://pse.litbang.pertanian.go.id/ind/pdf/MP_Prod_B4_2009.pdf pada tanggal 11 Juli 2017.
 25. Sunarjo, Djoko. *Kesulitan Makan Pada Anak.* Diakses melalui <http://rsud.patikab.go.id/download/KESULITAN%20MAKAN%20PADA%20ANAK.pdf> pada tanggal 12 Juli 2017.
 26. Hermina Dan Sri Prihatini. *Gambaran Keragaman Makanan dan Sumbangannya Terhadap Konsumsi Energi Protein Pada Anak Balita Pendek (Stunting) Di Indonesia. Puslitbang Gizi Dan Makanan, Badan Litbangkes Kemenkes RI. Jurnal Bul. Penelitian Kesehatan, Vol. 39, No.2, 2011: 62 – 73.*