

Urecol

by Vilda Setyawati

Submission date: 03-Sep-2019 02:32PM (UTC+0700)

Submission ID: 1166552649

File name: VILDA_ANA___UDINUS.docx (228.28K)

Word count: 1679

Character count: 10016

KAJIAN STUNTING BERDASARKAN UMUR DAN JENIS KELAMIN DI KOTA SEMARANG

Vilda An¹⁸ria Setyawati

Kesehatan Masyarakat, Universitas Dian Nuswantoro

email: vilda.setyawati@dsn.dinus.ac.id

Masalah gizi stunting pada balita dapat menghambat perkembangan anak, dengan dampak negatif yang akan berlangsung dalam kehidupan selanjutnya. Menurut standart World Health Organization (WHO) stunting adalah gangguan linier yang disebabkan asupan gizi maupun penyakit infeksi kronis yang ditunjukkan dengan nilai Z-score tinggi badan menurut usia(TB/U) kurang dari -2 standar deviasi (SD). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui masalah stunting dengan melihat distribusi dari umur dan jenis kelamin. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Subjek penelitian adalah 444 balita di wilayah Puskesmas Poncol Kota Semarang. Variabel bebas yaitu umur dan jenis kelamin. Sedangkan variabel terikat yaitu kategori stunting. Analisis statistik menggunakan software SPSS versi 20 dengan uji chi square. Tidak ada hubungan antara umur dan jenis kelamin dengan masalah stunting. Secara keseluruhan proporsi penderita stunting terbanyak pada balita laki-laki dan usia <2 tahun.

Kata kunci : stunting, balita, umur, jenis kelamin

Stunting in infants give impact in their development and future. According to World Health Organization (WHO) standard stunting is a linear disorder caused by nutritional intake as well as chronic infectious disease which is shown by Z-score score of height by age (TB / U) less than -2 standard deviation (SD). This study aims to determine the problem of stunting by looking at the distribution of age and gender. This research was a descriptive analytic research using cross sectional approach. The subjects were 444 children under five years in Poncol Public Health Center, Semarang. The independent variables were age and gender. While the dependent variable was the stunting. Statistical analysis using SPSS software version 20 with chi square test. There is no relationship between age and sex with stunting problems. Overall, the highest proportion of stunting patients in under-fives and age <2 years.

Keywords: stunting, children <5 years, age, gender

1. PENDAHULUAN

Masa balita merupakan periode yang sangat peka terhadap lingkungan sehingga diperlukan perhatian lebih terutama kecukupan gizinya (Kurniasih, 2010). Masalah gizi stunting pada balita dapat menghambat perkembangan anak, dengan dampak negatif yang akan berlangsung dalam kehidupan selanjutnya seperti penurunan intelektual, rentan terhadap penyakit tidak menular, penurunan produktivitas hingga menyebabkan kemiskinan dan risiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (UNICEF, 2012).

Menurut standart World Health Organization (WHO) stunting adalah gangguan linier yang disebabkan asupan gizi maupun penyakit infeksi kronis yang ditunjukkan dengan nilai Z-score tinggi badan menurut usia(TB/U) kurang dari -2 standar deviasi (SD) untuk mengukur status gizi dapat dilakukan dengan menghitung berat badan dan tinggi badan setelah itu dihubungkan ke dalam nilai terstandar (Zscore). berdasarkan klasifikasi status gizi berdasarkan indikator BB/U yaitu sangat pendek : Zscore <-3,0, pendek : Zscore ≥ -3,0 s/d Zscore <-2,0 , dan normal : Zscore :

>-2,0,² dilihat ¹¹ berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 secara nasional prevalensi stunting pada umur 5-12 sebesar 30,7% hal tersebut dapat dikatakan serius karna terdapat peningkatan masalah stunting (Penyusun, 2013). Di Kota Semarang gizi buruk tahun 2015 ditemukan sebanyak 39 kasus dengan prevalensi ¹⁰ menurut BB/U Gizi lebih (4,36%), Gizi buruk (0,40%), Gizi kurang (3,54%) mengalami kenaikan. Sedangkan pada Tahun 2014 berjumlah 32 Dengan prevalensi menurut BB/U gizi lebih (4,75%), gizi buruk (0,38%), gizi kurang (2,73%) kasus (Penyusun, 2015).

Puskesmas Poncol merupakan bagian dari wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang. Ditinjau dari lokasinya, wilayah kerja Puskesmas ini berada ditengah Kota Semarang tetapi memiliki beberapa karakter penduduk jumlah ²³ cukup seimbang antara penduduk sosial ekonomi menengah ke atas dengan ekonomi menengah ke bawah dengan melihat bangunan yang berdiri di wilayah ini. Sehingga hal ini dijadikan dasar mengapa kajian stunting di Kota Semarang diwakili ¹⁴h data-data dari Puskesmas Poncol. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui masalah ²nting dengan melihat distribusi dari umur dan jenis kelamin.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sumber data yang digunakan yaitu data sekunder seluruh Posyandu di Puskesmas Poncol bulan Agustus 2017. Jumlah populasi balita sebesar 453 yang berasal dari 17 Posyandu, tetapi yang menjadi responden penelitian sebesar 444 karena pencatatan tidak lengkap. Variabel bebas yaitu umur dan jenis kelamin. Sedangkan variabel terikat yaitu kategori stunting. Instrumen yang digunakan untuk

pengukuran bayi dan balita ⁶ adalah timbangan dacin dengan ketelitian 0,1 kg, microtoise dengan ketelitian 0,1 cm (mengukur ²² balita yang sudah bisa berdiri), dan alat pengukur panjang badan dengan ketelitian 0,1 cm (mengukur panjang badan bayi). Analisis statistik menggunakan *software* SPSS versi 20 dengan uji *chi square*.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Stunting adalah masalah yang lebih umum dibandingkan gizi kurang atau gizi buruk. Pada tahun 2010 sekitar 27% balita di dunia menderita masalah ini. Stunting berakar pada kemiskinan yang tentunya sangat berpengaruh pada kualitas hidup anak-anak dinegara berkembang (Onis, et al., 2010).



Fig. 2 Latest country estimates of stunting in children aged 0-5 years. Legend: no data, <20%, 20-29.9%, 30-39.9%, >=40%

Gambar 1. Estimasi jumlah stunting pada 0-5 tahun di dunia 2020 (Onis, et al., 2010)

Gambar tersebut menunjukkan bahwa warna yang gelap estimasi penderita stunting $\geq 40\%$ atau masuk kategori sangat tinggi. Sebagian besar wilayah di Indonesia menunjukkan warna demikian, sehingga ini menjadi pekerjaan rumah bersama agar estimasi tersebut tidak terjadi.

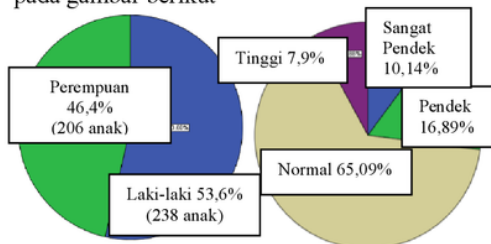
Berdasarkan analisis statistik, didapatkan data di bawah ini :

Tabel 1. Distribusi data deskriptif

Variabel	Rerata \pm SD	Min - Maks
Z score BB/U	0,44 \pm 3,8	-5, 88 – 7,3
Z Score TB/U	-0,81 \pm 2	-6,52 – 8,29
Umur	30,09 \pm 16,8	0 – 59

Mengacu pada tabel 1, ditunjukkan simpangan yang cukup jauh pada nilai TB/U. Ada balita yang sangat pendek (-6,52 SD) dan ada balita yang sangat tinggi (8,29 SD).

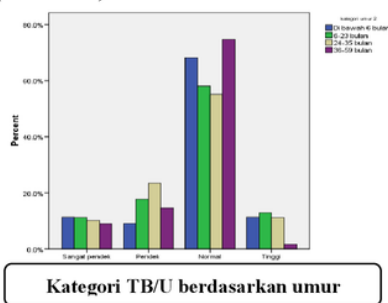
Sedangkan untuk data frekuensi bisa dilihat pada gambar berikut



Gambar 2. Distribusi jenis kelamin dan stunting

10

Gambar diatas menunjukkan bahwa proporsi anak laki-laki lebih banyak di wilayah tersebut. Sedangkan untuk proporsi stunting sejumlah 27,03 %. Yang didapatkan dari persentase balita pendek dan sangat pendek. Sehingga dapat dikatakan, bahwa wilayah penelitian memiliki masalah stunting yang tinggi karena angka stunting dianggap sebagai masalah apabila persentasenya lebih dari 10%. Selain itu, mengacu pada data Riskesdas 2016, angka stunting Jateng juga di bawah wilayah ini yaitu 23,9% (RI, 2017). Pada grafik di bawah ini menunjukkan persentase balita pendek berdasarkan umur (Gambar 3)



Gambar 3. Distribusi penderita stunting berdasarkan umur.

Dari grafik tersebut, menunjukkan bahwa angka tertinggi anak pendek pada umur 24-35 tahun. Pada usia 24 tahun, anak memasuki fase penyapihan dan masa tingginya keaktifan dalam menjelajahi lingkungan sekitar. Selain itu, motorik kasar balita juga tumbuh dan berkembang pesat. Ditahap ini, beberapa balita akan menghadapi beberapa kemungkinan yang menyebabkan kekurangan zat gizi, yaitu nafsu makan anak yang menurun, asupan gizi rendah, jam tidur yang menurun, mudah terkena infeksi saat ibu/pengasuh kurang memperhatikan hygiene dan sanitasi.

Untuk mengetahui hubungan bivariat antara stunting dengan jenis kelamin dan umur, dilakukan uji statistik menggunakan chi square. Variabel umur dan kategori stunting di bagi menjadi 2 kategori :

Tabel 2. Tabulasi silang stunting dengan umur

Kategori Stuting	Kategori umur		Total
	<2th	≥2th	
Stunting	73 63,5%	42 36,5%	115 100%
Normal & Tinggi	193 58,7%	136 41,3%	329 100%
Total	266 59,9%	178 40,1%	444 100%

p = 0,36 (chi square)

Proporsi masalah stunting lebih besar pada umur 2¹ rang dari 2 tahun. Idealnya seorang anak yang mendapat ASI eksklusif sampai usia 6 bulan. Biasanya balita ini 2⁴ an mengalami pertumbuhan pesat baik berat badan maupun tinggi ba⁶ n. Setelah usia 6 bulan ke atas, anak mulai mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dan mulai bertambah perkembangan motorik kasarnya. Sehingga anak membutuhkan zat gizi lebih banyak. Namun ada beberapa masalah yang umumnya terjadi di masa ini. Diantaranya, balita susah makan dibarengi dengan kualitas

dan kuantitas ASI yang semakin berkurang dengan bertambahnya umur anak. Sehingga sampai usia 24 bulan bisa dianggap sebagai masa adaptasi untuk dapat mengkonsumsi makanan yang sesuai dengan zat gizi. Biasanya setelah balita disapih, pada usia 24 bulan ke atas balita akan mulai mampu melahap makanan lebih banyak dibandingkan sebelum disapih. Oleh karena itu masalah gizi termasuk stunting tidak banyak dialami oleh anak usia >24 bulan.

Tabel 3. Tabulasi silang stunting dengan jenis kelamin

	Jenis_kelamin		Total
	Laki-laki	Perempuan	
Kategori Stunting	65	50	115
Stuting	56,5%	43,5%	100%
Normal	173	156	329
& Tinggi	52,6%	47,4%	100%
Total	238	206	444
	53,6%	46,4%	100%

p=0,46 (chi square)

Tabel di atas menunjukkan masalah stunting lebih banyak diderita oleh anak laki-laki. Beberapa yang menjadi penyebabnya adalah perkembangan motorik kasar anak laki-laki lebih cepat dan beragam sehingga membutuhkan energi lebih banyak.

Dari kedua variabel bebas, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan dengan stunting. Masalah gizi ini disebabkan oleh beberapa faktor lain yang tidak diteliti. Seperti pada penelitian di Sulawesi Utara tahun 2015 menunjukkan bahwa bayi yang lahir dengan berat badan <2500 gram (BBLR) dan bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif, berisiko untuk menderita stunting (Bentlan, et al., 2015).

Meskipun tidak ada hubungan antara umur dan stunting, tetapi balita yang menderita stunting tertinggi pada umur di bawah 24-35 bulan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Kalimantan Barat yang mengambil subjek stunting pada umur 6-36 bulan. Pada penelitian ini juga dijelaskan bahwa kemunculan stunting dimulai dari usia 6 bulan dan muncul utamanya pada usia 2-3 tahun dan memberikan dampak jangka panjang (Wahdah, et al., 2015).

4. SIMPULAN

Tidak ada hubungan antara umur dan jenis kelamin dengan masalah stunting. Secara keseluruhan proporsi penderita stunting terbanyak pada balita laki-laki dan usia <2 tahun.

5. REFERENSI

- Bentlan, I., Mayulu, N. & Rattu, A., 2015. Faktor risiko terjadinya stunting pada anak TK di wilayah kerja Puskesmas Siloam Tamako Kabupaten Kepulauan Sangihe Propinsi Sulawesi Utara. *JIKMU*, Volume 5 (1).
- Kurniasih, d., 2010. *Sehat dan bugar berkat gizi seimbang*. Jakarta: Gramedia.
- Onis, M. d., Blossner, M. & Borghi, E., 2010. Prevalence and trend of stunting among pre-school children, 1990 - 2020. *Public Health Nutrition*, Volume 15 (1), pp. 142-148.
- Penyusun, 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional*. Jakarta: Badan Penelitian Pengembangan Departemen Kesehatan RI.

Penyusun, ¹⁹ 2015. *Profil Kesehatan Kota Semarang 2014*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.

RI, K., ⁹ 2017. *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.

¹⁵ UNICEF, 2012. *Ringkasan kajian gizi Oktober 2012*. Jakarta: UNICEF Indonesia dan WHO.

¹ Wahdah, S., Juffrie, M. & Huriyati, E., 2015. Faktor risiko kejadian stunting pada anak umur 6-36 bulan di wilayah pedalaman Kecamatan Silat Hulu, Kapuas Hulu, Kalimantan Barat. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*, Volume 3, pp. 119-130.

Urecol

ORIGINALITY REPORT

22%

SIMILARITY INDEX

19%

INTERNET SOURCES

9%

PUBLICATIONS

15%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

digilib.unisayogya.ac.id

Internet Source

2%

2

text.123dok.com

Internet Source

2%

3

tr.scribd.com

Internet Source

1%

4

Submitted to University of Queensland

Student Paper

1%

5

jurnal.fk.unand.ac.id

Internet Source

1%

6

Submitted to Universitas Diponegoro

Student Paper

1%

7

ejournal.poltekkesaceh.ac.id

Internet Source

1%

8

repository.uinjkt.ac.id

Internet Source

1%

9

vdocuments.site

Internet Source

1%

10	edoc.pub Internet Source	1%
11	pt.scribd.com Internet Source	1%
12	id.123dok.com Internet Source	1%
13	repository.urecol.org Internet Source	1%
14	Submitted to Universitas Muhammadiyah Surakarta Student Paper	1%
15	ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%
16	Submitted to Universitas Brawijaya Student Paper	1%
17	publikasiilmiah.ums.ac.id Internet Source	1%
18	Submitted to Universitas Dian Nuswantoro Student Paper	1%
19	docobook.com Internet Source	1%
20	kesehatanmasyarakat22.wordpress.com Internet Source	1%

[docplayer.info](#)

21	Internet Source	1%
22	ilgi.respati.ac.id Internet Source	1%
23	Submitted to Universitas Negeri Makassar Student Paper	1%
24	docshare.tips Internet Source	<1%
25	eprints.mums.ac.ir Internet Source	<1%
26	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	<1%

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

Urecol

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

/0

GENERAL COMMENTS

Instructor

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5
