

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa sangat tergantung kepada keberhasilan bangsa itu sendiri dalam menyiapkan sumber daya manusia yang berkualitas, sehat, cerdas, dan produktif. Betapapun kayanya sumber alam yang tersedia bagi suatu bangsa tanpa adanya sumber daya manusia yang tangguh maka sulit diharapkan untuk berhasil membangun bangsa itu sendiri. (Hadi, 2012).

*Human Development Index* (HDI) tahun 2010, Indonesia menjadi negara dengan kualitas SDM yang memprihatinkan berada di peringkat 108 dari 177 negara (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2009). Pengembangan kemampuan SDM merupakan langkah yang harus dilaksanakan dalam kaitannya dengan penyiapan SDM berkemampuan unggul. Penyiapan SDM unggul harus dimulai sejak usia dini bahkan sejak pra lahir. Rendahnya HDI (*Human Development Indeks*) ini sangat dipengaruhi oleh rendahnya status gizi dan status kesehatan penduduk. Hal ini terlihat dari tingginya Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia pada tahun 2007 telah mencapai 44 per 1000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2009).

Menurut WHO 2005, Indonesia telah menunjukkan penurunan kemiskinan secara tetap, tetapi masalah gizi pada anak-anak menunjukkan sedikit perbaikan. Dari tahun 2007 sampai 2011, proporsi penduduk miskin di Indonesia mengalami penurunan sebesar 16,6 persen - 12,5 persen, tetapi masalah gizi tidak menunjukkan penurunan secara signifikan. Prevalensi anak pendek sangat tinggi, mempengaruhi

satu dari tiga anak, yang merupakan proporsi yang menjadi masalah kesehatan masyarakat.

Walaupun secara nasional terjadi penurunan prevalensi masalah gizi pada balita, tetapi masih terdapat kesenjangan antar provinsi. Prevalensi kependekan pada balita masih ada 15 provinsi yang memiliki prevalensi di atas prevalensi nasional. Sebagian besar provinsi yang memiliki masalah berat badan kurang dan masalah kependekan adalah provinsi-provnsi di wilayah tengah dan timur Indonesia (Kepulauan Nusa Tenggara, Kalimantan, Sulawesi, Maluku dan Papua) dan sebagian kecil di wilayah barat (Sumatera dan Jawa-Bali). Kepulauan Nusa Tenggara memiliki prevalensi *stunting* paling tinggi yang terdiri dari Provinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 58,4 persen dan Provinsi Nusa Tenggara Barat sebesar 48,3 persen jauh lebih tinggi dari prevalensi Nasional sebesar 35,6 persen (Riskesdas, 2010).

Menurut data yang dilansir WHO 2006, 178 juta anak di bawah lima tahun mengalami *stunted*. *Stunting* (tubuh pendek) adalah keadaan tubuh yang sangat pendek hingga melampaui defisit -2 SD di bawah median panjang atau tinggi badan populasi yang menjadi referensi internasional. Menurut data Riskesdas 2010, prevalensi balita pendek terus meningkat jelas pada kelompok usia 0—23 bulan. Dari 28,1 persen pada kelompok usia  $\leq 5$  bulan, menjadi 32,1 persen pada kelompok usia 6—11 bulan, hingga menjadi 41,5 persen pada kelompok usia 12—23 bulan.

Kejadian *stunting* pada balita merupakan salah satu permasalahan gizi secara global. Berdasarkan data UNICEF 2000-2007 menunjukkan prevalensi kejadian *stunting* di dunia mencapai 28 persen (UNICEF Report, 2009). Bila

dibandingkan dengan batas “ *non public health problem*” menurut WHO masalah *stunting* 20 persen, maka seluruh negara di dunia mengalami masalah kesehatan masyarakat.

Berdasarkan UNICEF 2000-2007 prevalensi kejadian *stunting* pada anak balita di Afrika timur dan selatan tinggi yaitu 40 persen. Prevalensi kejadian *stunting* anak balita di ASIA selatan yaitu 38 persen. Kejadian *stunting* anak balita lebih banyak terjadi di negara berkembang hal ini dibuktikan dengan prevalensi kejadian *stunting* pada anak balita di negara berkembang sebesar 30 persen (UNICEF Report, 2009). Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang memiliki kejadian *stunting* pada anak balita.

Hasil Riskesdas tahun 2010 (Kemenkes RI, 2010) menunjukkan bahwa prevalensi pendek pada balita adalah 35,6 persen menurun dari 36,7 persen pada tahun 2007. Penurunan terutama terjadi pada prevalensi balita pendek yaitu dari 18 persen tahun 2007 menjadi 17,1 persen tahun 2010. Sedangkan prevalensi balita sangat pendek hanya sedikit menurun yaitu dari 18,8 persen tahun 2007 menjadi 18,5 persen tahun 2010. *Stunting* pada balita perlu menjadi perhatian khusus karena dapat menghambat perkembangan fisik dan mental anak. *Stunting* berkaitan dengan peningkatan risiko kesakitan dan kematian serta terhambatnya pertumbuhan kemampuan motorik dan mental. Balita yang mengalami *stunting* memiliki risiko terjadinya penurunan kemampuan intelektual, produktivitas, dan peningkatan risiko penyakit degeneratif di masa mendatang. Hal ini dikarenakan anak *stunting* juga cenderung lebih rentan terhadap penyakit infeksi, sehingga berisiko mengalami penurunan kualitas belajar di sekolah dan berisiko lebih sering absen. *Stunting* juga meningkatkan risiko obesitas, karena orang dengan tubuh

pendek berat badan idealnya juga rendah. Kenaikan berat badan beberapa kilogram saja bisa menjadikan Indeks Massa Tubuh (IMT) orang tersebut naik melebihi batas normal. Keadaan *overweight* dan obesitas yang terus berlangsung lama akan meningkatkan risiko kejadian penyakit degeneratif (WHO, 2003).

Secara garis besar penyebab *stunting* dapat dikelompokkan ke dalam tiga tingkatan yaitu tingkat masyarakat, rumah tangga (keluarga) dan individu. Pada tingkat rumah tangga (keluarga), kualitas dan kuantitas makanan yang tidak memadai; tingkat pendapatan; pola asuh makan anak yang tidak memadai; pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai; sanitasi dan air bersih yang tidak memadai menjadi faktor penyebab *stunting*, dimana faktor-faktor ini terjadi akibat faktor pada tingkat masyarakat. (UNICEF, 2007).

Tingkat pendidikan ibu merupakan determinan yang kuat terhadap kejadian *stunting* pada anak di Indonesia dan Bangladesh (Semba R.D et al, 2008). Pada anak yang berasal dari ibu dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki tinggi badan 0,5 cm lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang memiliki ibu dengan tingkat pendidikan rendah (Dangour AD et al, 2002).

Menurut tempat tinggal, prevalensi anak kependekan di perkotaan sebesar 29,3 persen lebih rendah daripada di perdesaan yaitu 41,5 persen (Risksedas 2010). Berdasarkan penelitian Norliani et al. (2005) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ayah dan ibu mempunyai risiko 2,1 dan 3,4 kali lebih besar memiliki anak yang *stunting* pada usia sekolah. Pada penelitian Leni Sri tahun 2008 telah dilakukan skrining status *stunting* pada bayi (6-12 bulan) di Kota dan Kabupaten Tangerang dan diperoleh data prevalensi *stunting* sebesar 15,7 persen.

Penelitian lainnya mengatakan bahwa ukuran badan antara anak-anak di perkampungan nelayan dengan anak-anak di kota menemukan bahwa terdapat perbedaan karakteristik pertumbuhan yang cukup signifikan (Rahmawati et al., 2010).

Permasalahan gizi merupakan refleksi dari berbagai macam faktor seperti rendahnya ketahanan pangan rumah tangga, pola asuh anak yang tidak memadai, sosial ekonomi yang rendah, pola makan yang tidak seimbang, sanitasi lingkungan serta pelayanan kesehatan yang tidak memadai (Soekirman, 2000). Penelitian yang dilakukan oleh Tran (2001) di Vietnam menunjukkan bahwa 35% remaja yang berasal dari golongan ekonomi lemah mempunyai status gizi yang buruk sedangkan remaja yang berasal dari golongan ekonomi menengah ke atas mengalami obesitas.

BBLR merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya *stunting* pada anak balita. Menurut Varela, 2009 bayi dengan lahir berat badan kurang dari 3000 gram berpeluang tiga kali menjadi *stunting* dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat badan normal (3000-3500 gram).

Menurut Proverawati dan Ismawati (2010) bayi dengan BBLR akan tumbuh dan berkembang lebih lambat karena pada bayi dengan BBLR sejak dalam kandungan telah mengalami retardasi pertumbuhan intra uterin dan akan berlanjut sampai usia selanjutnya setelah dilahirkan yaitu mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang lebih lambat dari bayi yang dilahirkan normal, dan sering gagal menyusul tingkat pertumbuhan yang seharusnya dicapai pada usianya setelah lahir.

Akibatnya pertumbuhan bayi BBLR akan terganggu, bila keadaan ini berlanjut dengan pemberian makanan yang tidak mencukupi, sering mengalami

infeksi dan perawatan kesehatan yang tidak baik dapat menyebabkan anak *stunting*. Hal ini sejalan dengan penelitian Chopra (2003) di Afrika menemukan bahwa berat badan lahir rendah merupakan faktor risiko dari *stunting* pada anak usia 3-59 bulan yaitu 5,25 kali lebih berisiko dibandingkan dengan yang lahir normal. Begitu pula dengan penelitian Nguyen (2009) di Vietnam menemukan berat badan lahir rendah merupakan faktor risiko *stunting* pada anak usia 6-36 bulan.

Air merupakan hajat hidup kita. Kita meminumnya untuk mempertahankan hidup. Kita mencuci dengan air (Yusra, 2006). Air bersih dan sanitasi memiliki hubungan dengan pertumbuhan anak. Demikian Anak-anak yang berasal dari rumah tangga yang tidak memiliki fasilitas air dan sanitasi yang baik mengalami risiko *stunting*. Sedangkan anak-anak yang memiliki tinggi normal pada umumnya berasal dari rumah tangga yang memiliki fasilitas air dan sanitasi yang baik. Pada anak-anak yang pada awalnya mengalami *stunting*, jika mereka berasal dari rumah tangga yang memiliki fasilitas air dan sanitasi yang baik, maka mereka memiliki kesempatan 17 persen untuk mencapai tinggi badan normal dibandingkan dengan anak-anak *stunting* yang berasal dari rumah tangga yang memiliki fasilitas air dan sanitasi yang buruk (Merchant AT el al, 2003).

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan pendidikan ibu, tipe daerah, status ekonomi, riwayat BBLR, pelayanan air bersih terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan di Kepulauan Nusa Tenggara berdasarkan data Riskesdas 2010.

## **B. Identifikasi Masalah**

*Stunting* merupakan gangguan pertumbuhan linier akibat defisiensi zat gizi yang berlangsung cukup lama bahkan sejak anak masih dalam kandungan. *Stunting* (*short stature*) atau yang disebut tinggi badan atau panjang badan per usia yang rendah digunakan sebagai indikator malnutrisi kronik yang menggambarkan

riwayat kurang gizi anak dalam jangka waktu lama (Hadi, 2012). Kondisi *stunting* berdasarkan tinggi badan menurut usia kurang dari -2 SD (Gibney et al.,2009). *Stunting* atau pendek sebagai salah satu indikator status gizi kronis dapat memberikan gambaran adanya gangguan keadaan sosial ekonomi secara keseluruhan di masa lampau (Sudiman, 2008).

Ada bukti jelas bahwa individu yang *stunting* memiliki tingkat kematian lebih tinggi dari berbagai penyebab dan terjadinya peningkatan penyakit. *Stunting* akan mempengaruhi kinerja pekerjaan fisik dan fungsi mental dan intelektual akan terganggu (Mann & Truswell,2002). Hal ini juga didukung oleh Jackson & Calder (2004) mengatakan bahwa *stunting* berhubungan dengan gangguan fungsi kekebalan dan akan meningkatkan risiko kematian.

Prevalensi kependekan secara nasional 2010 sebesar 35,6 persen yang berarti terjadi penurunan dari keadaan tahun 2007 dimana prevalensi kependekan sebesar 36,8 persen. Prevalensi kependekan sebesar 35,6 persen terdiri dari 18,5 persen sangat pendek dan 17,1 persen pendek. Bila dibandingkan dengan prevalensi sangat pendek dan pendek tahun 2007 terlihat ada sedikit penurunan pada prevalensi sangat pendek dari 18,8 persen tahun 2007 menjadi 18,5 persen tahun 2010 dan prevalensi pendek menurun dari 18,0 persen tahun 2007 menjadi 17,1 persen tahun 2010.

Sebanyak 15 provinsi memiliki prevalensi kependekan di atas angka prevalensi nasional. Urutan dari ke 15 provinsi tersebut dari yang memiliki prevalensi tertinggi sampai terendah adalah: (1) Nusa Tenggara Timur, (2) Papua Barat, (3) Nusa Tenggara Barat, (4) Sumatera Utara, (5) Sumatera Barat, (6) Sumatera Selatan, (7) Gorontalo, (8) Kalimantan Barat, (9) Kalimantan Tengah,

(10) Aceh, (11) Sulawesi Selatan, (12) Sulawesi Tenggara, (13) Maluku, (14) Lampung, dan (15) Sulawesi Tengah. Bila dibandingkan dengan batas “*non public health problem*” menurut WHO untuk masalah kependekan sebesar 20 persen, maka semua provinsi masih dalam kondisi bermasalah kesehatan masyarakat.

### **C. Pembatasan Masalah**

*Stunting* dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor penyebab yang tidak bisa diteliti secara keseluruhan karena keterbatasan waktu, dana, dan tenaga, maka peneliti akan membatasi. *Stunting* anak usia 0-23 bulan merupakan variabel dependen yang dipengaruhi oleh pendidikan ibu, tipe daerah, status ekonomi, riwayat BBLR, pelayanan air bersih maka dalam penelitian ini sebagai variabel independen.

Data tersebut merupakan data hasil laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 yang telah dikumpulkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada bulan Mei 2010 sampai dengan Agustus 2010. Pada laporan Riskesdas 2010 tersedia data tentang pendidikan ibu, tipe daerah, status ekonomi, riwayat BBLR, Pelayanan air bersih terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan.

### **D. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, identifikasi masalah dan pembatasan masalah di atas, sehingga rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah ada hubungan pendidikan ibu, tipe daerah, status ekonomi, riwayat BBLR, pelayanan air bersih terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan di kepulauan Nusa Tenggara.

## **E. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum di lakukan penelitian ini adalah mengetahui hubungan pendidikan ibu, tipe daerah, status ekonomi, riwayat BBLR, pelayanan air bersih terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan di kepulauan Nusa Tenggara.

### **2. Tujuan Khusus :**

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Mengidentifikasi karakteristik anak (usia dan jenis kelamin) Usia 0-23 bulan di Kepulauan Nusa Tenggara tahun 2010.
- b. Mengidentifikasi kejadian *stunting* pada anak usia 0-23 bulan di Kepulauan Nusa Tenggara Tahun 2010.
- c. Mengidentifikasi pendidikan ibu anak usia 0-23 bulan di Kepulauan Nusa Tenggara tahun 2010.
- d. Mengidentifikasi status ekonomi keluarga anak usia 0-23 bulan di Kepulauan Nusa Tenggara tahun 2010.
- e. Mengidentifikasi riwayat BBLR pada anak usia 0-23 bulan yang mengalami *stunting* di Kepulauan Nusa Tenggara tahun 2010.
- f. Mengidentifikasi pelayanan air bersih dan sanitasi pada anak usia 0-23 bulan yang mengalami *stunting* di Kepulauan Nusa Tenggara tahun 2010.
- g. Mengetahui hubungan pendidikan ibu terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan yang mengalami *stunting* di Kepulauan Nusa Tenggara tahun 2010.

- h. Mengetahui hubungan tipe daerah terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan yang mengalami *stunting* di Kepulauan Nusa Tenggara tahun 2010.
- i. Mengetahui hubungan status ekonomi terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan yang mengalami *stunting* di Kepulauan Nusa Tenggara tahun 2010.
- j. Mengetahui hubungan riwayat BBLR terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan yang mengalami *stunting* di Kepulauan Nusa Tenggara tahun 2010.
- k. Mengetahui hubungan pelayanan air bersih terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan yang mengalami *stunting* di Kepulauan Nusa Tenggara tahun 2010.

#### **G. Manfaat Hasil Penelitian**

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat, yaitu:

##### **Manfaat Praktisi**

Penelitian ini dapat dijadikan sarana untuk menganalisa hubungan pendidikan ibu, tipe daerah, status ekonomi, riwayat BBLR, pelayanan air bersih terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan di kepulauan Nusa Tenggara 2010. Penelitian ini juga diharapkan mampu menjadi referensi umum bagi penelitian sejenis nya dan memberikan kontribusi pada pengembangan kajian ilmu kesehatan khususnya di bidang ilmu gizi.

##### **Manfaat bagi Masyarakat**

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan dalam memberikan informasi kepada masyarakat mengenai penyebab masalah *stunting* sehingga dari

informasi yang didapatkan dapat menimbulkan keinginan dari masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan yang bertujuan untuk menurunkan angka *stunting*.

#### 1. Manfaat bagi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber pengetahuan bagi para praktisi maupun mahasiswa gizi mengenai hubungan antara pendidikan ibu, tipe daerah, status ekonomi, riwayat BBLR dan pelayanan air bersih terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan di Kepulauan Nusa Tenggara 2010.

#### 2. Manfaat bagi Peneliti

- a. Sebagai penerapan pengetahuan ilmu gizi yang didapat dan mendalami pengetahuan mengenai hubungan pendidikan ibu, tipe daerah, status ekonomi, riwayat BBLR dan pelayanan air bersih terhadap terjadinya *stunting* pada anak usia 0-23 bulan di Kepulauan Nusa Tenggara Tahun 2010.
- b. Digunakan sebagai syarat kelulusan Sarjana Gizi, Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul.