

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

Stunting merupakan proses kumulatif yang dimulai *in utero* dan berlanjut sekitar 3 tahun setelah kelahiran yang didefinisikan dalam istilah TB/U. Proporsi anak-anak yang lebih dari 2 unit standar deviasi (SD) (*z-score*) di bawah median dari populasi referensi internasional termasuk pendek dan mereka yang jatuh ke dalam lebih dari 3 unit SD di bawah termasuk sangat pendek (Padmadas, 2002). Penemuan dalam studi Teshome et al. (2009) di Ethiopia, menunjukkan bahwa resiko *stunting* meningkat seiring umur. Anak-anak dalam kategori umur 13-24 bulan yang secara signifikan beresiko lebih tinggi untuk *stunting* jika dibandingkan dengan anak-anak dengan kategori usia yang lebih muda (<7 bulan). Setelah anak-anak mencapai usia 2 tahun, sangat sulit mengembalikan *stunting* yang telah terjadi sebelumnya (Kishore, 2008).

Growth faltering yang mengawali *stunting* pada masa kanak-kanak lebih dini diterjemahkan ke dalam pendeknya tinggi saat dewasa. Haddad dan Bouis mengestimasi bahwa 1% penurunan tinggi dewasa berasosiasi dengan 1,4% penurunan produktivitas (Caulified, 2004). Konsekuensi dari *stunting* tidak hanya tergambarkan dalam jangka pendek pada besarnya mortalitas anak tetapi juga meliputi jangka menengah dan panjang seperti buruknya performa di sekolah, menurunkan kapasitas kerja,

dan meningkatkan resiko morbiditas pada saat dewasa dan kematian dini (Shrimpton *et al.*, 2003).

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa 32,9% balita usia 36-59 bulan di desa Sumur Batu mengalami *stunting* dan ini termasuk ke dalam tingkat keparahan yang tinggi. Bahkan angka ini lebih tinggi dari prevalensi di kota Bekasi yaitu 21,9%. Banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya *stunting*, sehingga untuk mengatasinya juga membutuhkan penanganan dari berbagai faktor tersebut. Sebuah studi di 9 Sub-Sahara Afrika yang dilakukan oleh Remans *et al.* (2011) menemukan bahwa intervensi multifaktor terkait pola asuh anak (pola asuh makan anak yang terdiri dari pemberian ASI, ASI eksklusif, pemberian makanan *pre-lacteal*, serta suplementasi vitamin A) dan kontrol penyakit, menurunkan prevalensi *stunting* pada anak usia kurang dari 2 tahun sebesar 43% dari data dasar.

Banyak studi mengasosiasikan antara pemberian makan atau pola asuh makan seperti pemberian ASI dan waktu dan tipe pengenalan makanan pendamping (MP-ASI) terkait *outcome* pertumbuhan dan kesehatan bayi dan anak-anak. Pola asuh makan dalam penelitian ini terbagi ke dalam tiga indikator utama yaitu riwayat pemberian ASI dan MP-ASI (*complementary feeding*), pemberian makan (*feeding practices*) dan penyediaan dan penyimpanan makanan, dimana persentase dari kategori dari masing-masing indikator ini yang kurang baik (nilai skoring < mean skor kelompok) berturut-turut yaitu sebesar 42,4%, 50,6% dan 41,2%.

Hampir sebagian dari responden penelitian ini yaitu sebanyak 48,2% (41 orang) balita usia 36-59 bulan memiliki pola asuh makan yang kurang

baik (nilai skoring < mean skor kelompok), dimana sebesar 57,1% adalah ibu yang memiliki balita pendek. Pola asuh yang kurang baik ini, utamanya terkait dengan praktek pemberian makan (*feeding practices*) yaitu 53,6% dari ibu yang balitanya stunting prakteknya kurang baik. Hal ini terkait dengan tidak adanya jadwal pemberian makan (75%), susunan menu makanan yang tidak seimbang (100%), dan rendahnya praktek *positive responsive feeding* (32,1% ibu membiarkan saja anaknya jika tidak mau makan). Sehingga secara kualitas dan kuantitas zat gizi yang diterima anak tidak mencukupi kebutuhannya. Salah satu faktor penyebab kurang baiknya pola asuh makan terkait riwayat pemberian ASI dan MP-ASI yang ditemukan dari hasil *in depth interview* pada ibu yang memiliki anak *stunting* yaitu ASI belum keluar pada saat baru melahirkan dan ketika sudah mulai menyusui bayinya, ibu merasa bahwa ASI tidak cukup sehingga bayi diberikan makanan *pre lacteal* dan MP-ASI dini. Namun, ibu dengan balita pendek juga memiliki sisi positif dalam praktek pemberian makan yaitu ibu tidak memberikan *pre lacteal* pada bayi (67,9%), penyapihan > 2 tahun (67,9%), dan mendampingi anak saat makan (35,9%).

Umur 4 bulan... iyaa, dikasih SUN... ituuh,, kemauan saya sendiri... habisnya, mmmm,,,kalo dikasih ASI, kayanya kurang gitu, kalo abis makan tuh dia, kenyaaang tiduuur.....abis karna nangis teruuss... iyaa ahh, saya kasih ini kalii, nii yaaa... saya coba aja sendiri, saya coba-coba gituu...waahh iyaa genengan udah kenyang mah dia tidur ngga nangis, ngga rewel gituuu... Responden 1/BAZ/30 tahun/tamat SD/Ibu Rumah Tangga/Anak Stunting.

Sementara itu, dari 51,8% ibu yang menerapkan pola asuh makan yang baik, sebagian besarnya (56,1%) memiliki anak dengan status gizi normal dan dari ketiga indikator pola asuh makan juga didominasi (> 50%)

oleh praktek riwayat ASI dan MPASI, pemberian makan serta penyiapan dan penyimpanan makanan yang baik. Ibu dengan balita normal, sebanyak 61,4%nya tidak memberikan makanan *pre lacteal*, 59,6% disapih pada umur lebih dari 2 tahun, 89,5%nya mendampingi anak saat makan dan 45,6% membujuk anaknya ketika tidak mau makan (*positive responsive feeding*). Namun tidak hanya itu, dilihat dari sisi negatifnya ternyata ibu dengan balita normal sebanyak 71,9% tidak memberikan ASI eksklusif pada bayinya, 57,9% memberi MP-ASI dini, 80,7% tidak memiliki jadwal makan, dan 93% susunan makanan anak tidak lengkap.

Menyusui memainkan peranan vital dalam menentukan kesehatan dan survival anak. ASI mengandung beberapa zat gizi dan antimikroba yang melindungi bayi untuk melawan dari infeksi virus dan bakteri (Padmadas, 2002). WHO tahun 2001 membuat rekomendasi global untuk menyusui harus dimulai secepatnya, dalam waktu satu jam setelah kelahiran, memberikan ASI Eksklusif selama 6 bulan dan memulai penyapihan (pemberian MP-ASI) pada usia 6 bulan disertai dengan terus diberikannya ASI hingga usia 2 tahun (Kishore, 2008). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebesar 72,9% (62 orang) balita yang diteliti memiliki riwayat tidak ASI Eksklusif dimana 71,9%nya adalah ibu yang memiliki anak *stunting*. Penyebab tidak ASI eksklusif yang terjadi dalam penelitian ini terkait dengan pemberian makanan *pre-lacteal* (35,3%) dan pemberian MP-ASI terlalu dini (< 6 bulan) yaitu sebesar 61,2%. Hal ini dapat terlihat pada pernyataan responden 1 (ibu yang memiliki anak *stunting*):

**“engгаа (bayi tidak langsung disusui setelah lahir)...iyaa, saya tun-
da dulu...nangis baru saya susuin...iyaaa...ada tuuhh dikasih dari
puskes...susu... dari bu bidan, abis aernya belum ada... jadi dikasih
itu dulu... belum keluar aernya (ASI belum keluar). Selama tiga bulan
tuh, saya kasih ASI terus...umur 4 bulan...iyaa, dikasih SUN” Res-
ponden 1/BAZ/30 tahun/tamat SD/ibu rumah tangga/anak stunting.**

Pernyataan ibu yang memiliki anak *stunting* menunjukkan bahwa pemberian *pre lacteal* bukan hanya semata karena keinginan ibu sendiri tapi adanya peran tenaga kesehatan juga didalamnya. Selain itu, menunda menyusui dini segera setelah bayi lahir juga meningkatkan peluang untuk diberikannya makanan *pre lacteal*.

“orang itu, ibu saya (nenek), katanya engгаа boleh (tidak boleh diberi kolostrum)...tapi kalo menurut bidan itu yang lebih bagus... iyaa, dikasih susu formula dulu katanya (anjuran nenek kepada ibu balita)... udah formula terus udah sehari, baru dikasih ASI saya...kata bidan, kalo belum keluar katanya kasih susu itu dulu aja, formula... tapi sampe sehari itu doaang... ” Responden 4/EMF/27/tamat SD/ibu rumah tangga/anak normal.

Sementara itu pada pernyataan responden 4 (ibu yang memiliki balita normal) diketahui bahwa pemberian *pre lacteal* disebabkan oleh pihak kedua yaitu nenek. Dimana peranan orang tua dalam mempengaruhi pemberian makan anak juga tinggi. Pemahaman orang tua terkait pemberian *pre lacteal* yaitu mereka beranggapan bahwa bayi menangis terus dan rewel saat baru lahir karena lapar sehingga harus diberi makan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Inayati *et al.* (2012) yang menyatakan bahwa beberapa ibu percaya bahwa memberikan cairan *pre lacteal* dapat membantu bayi yang

baru lahir untuk melawan lapar ($n = 30$). Akibat dari diberikannya makanan *pre lacteal* akan menunda produksi ASI. Jika bayi mengonsumsi makanan *pre lacteal* atau makanan tambahan, maka akan mengganggu isapan payudara, pengeluaran prolaktin, dan produksi ASI. Selain itu, pemberian makanan *pre lacteal* juga menghambat inisiasi menyusui dini (Inayati *et al.*, 2012).

Sedangkan pemberian MP-ASI terlalu dini (< 6 bulan) dari 5 responden *in depth interview*, 3 diantaranya memberikan MP-ASI pada usia 4 bulan dan 3 bulan yang pemberiannya berdasarkan keinginan ibu sendiri maupun orang tua atau mertua seperti yang terlihat pada pernyataan pada responden 1 dan responden 2 ini.

umur 4 bulan (ibu pertama kali memberikan MP-ASI). Iyaa, dikasih SUN. ituuhh,,, kemauan saya sendiri (ibu sendiri yang memberi MP-ASI). Habisnya, mmmm,,,, kalo dikasih ASI, kayanya kurang gitu, kalo abis makan tuh dia, kenyaaang tiduur... abis karna nangis teruuss... Responden 1/ BAZ/30 tahun/tamat SD/ibu rumah tangga/anak stunting.

umur 3 bulan (usia bayi pertama kali diberi MP-ASI). Diberi pisang raja... ibu juga, orang tua sayah (nenek yang menentukan pemberian MP-ASI)...kasian katanya... kasian takut lapar...tambah ituuu... ngebantu dari ASI...Responden 2/TAM/29 tahun/tamat SD/pemulung sampah/anak normal.

Kedua ibu, baik yang memiliki balita *stunting* maupun normal, memberikan MP-ASI dini pada bayi mereka yaitu < 6 bulan. Ibu dengan balita *stunting* beranggapan bahwa jumlah ASInya kurang sehingga bayi perlu diberikan makanan tambahan agar bayi tidak lapar dan tidak menangis atau

rewel. Ibu dengan balita normal juga memberikan MP-ASI dini, tetapi atas anjuran orang tua/mertua yang juga beranggapan bahwa bayi lapar jika tidak diberi makanan tambahan. Dari pernyataan-pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa ibu tidak dapat memberikan ASI eksklusif pada bayinya. Dari 35,3% balita yang diberikan makanan *pre lacteal* tersebut, sebanyak 22,4% diberikan susu formula dengan alasan terbanyak yaitu ASI belum keluar. Sebuah studi *cross sectional* di Kenya (Mbagaya, 2009), menemukan bahwa dari 92,1% (166 orang) anak-anak yang disusui, hanya 12,2% (20 orang) ibu yang memberikan ASI eksklusif hingga 4-6 bulan. Rata-rata ibu memperkenalkan cairan dan makanan pendamping pada rata-rata usia 2,7 bulan dan pada bulan ke empat, 34,5% ibu menginisiasikan makanan pendamping ASI (MP-ASI). Studi Inayati *et al.* (2012) di pulau Nias, juga menunjukkan hal yang sama dimana 79% ($n = 169$) ibu memperkenalkan makanan pendamping ASI (*complementary food*) baik padat, semi padat atau makanan lunak lebih dini daripada rekomendasi internasional yaitu mulai usia 6 bulan. Susu formula dan teh merupakan jenis cairan tambahan pendamping ASI yang umumnya ditemui.

Istilah “*weaning*” atau penyapihan berarti “membiasakan”. Penyapihan atau pengenalan makanan pendamping ASI (MP-ASI) adalah pengenalan semipadat atau makanan padat pada bayi yang diet cair. Ketika ASI tidak lagi cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi, makanan pendamping ASI atau penyapihan harus dimulai. Transisi dari pemberian ASI eksklusif ke makanan semi padat adalah periode yang sangat rentan karena saat-saat kekurangan gizi dimulai pada banyak bayi, dan memberikan kontribusi signifikan terhadap tingginya prevalensi kekurangan gizi dan infeksi pada

anak di bawah usia lima tahun di seluruh dunia (Kishore, 2008). Pemberian MP-ASI dini memiliki efek langsung pada kesehatan bayi di negara ekonomi berkembang karena faktor-faktor seperti kurangnya ketersediaan alternatif yang cocok untuk ASI, kontaminasi mikroba dari makanan dan cairan, perpindahan dari ASI dengan alternatif lain yang kurang bergizi, dan kembali ke kesuburan terkait dengan penghentian menyusui (Foote, 2003; Kishore, 2008; More, 2010).

Dari 85 responden yang diteliti 61,2% (52 orang) ibu mulai memberikan MP-ASI pada bayinya sebelum usia 6 bulan dengan rata-rata usia pemberian MP-ASI yaitu usia $4,02 \pm 2,59$ bulan dan jenis MP-ASI yang pertama kali diperkenalkan yaitu produk instan dan bubur susu (50,6%) dan buah/sari buah 31,8%. Dari segi usia pemberian MP-ASI, masih banyak yang tidak sesuai dengan rekomendasi WHO yang menyarankan usia pemberian dimulai pada usia 6 bulan. Untuk jenis MP-ASI yang mulai diperkenalkan sudah sesuai, seperti terlihat pada pernyataan dari kelima responden ini untuk jenis MP-ASI pertama yang diberikan pada usia 6 bulan.

“iyaa, dikasih SUN...” responden 1/BAZ/30 tahun

“pisang... pisang raja...” responden 2/TAM/29 tahun

“serelak (cerelac)...” responden 3/YAN/ 25 tahun

“SUN...” responden 4/EMF/ 27 tahun

“pisang,,, pisang yang kuning, sukanya pisang raja...”

responden 5/INT/50 tahun

Sedangkan jika melihat persentase kesesuaian pemberian jenis MP-ASI sesuai tahapan usianya dan frekuensi pemberiannya, sebagian besar tidak sesuai dengan persentase masing-masing 94,1% (80 orang) dan 89,4%

(76 orang). Studi di Agra, India menemukan bahwa usia pemberian MP-ASI berhubungan secara signifikan dengan status “melek huruf” ibu, buta huruf dan kurangnya kesadaran pada sebagian ibu dalam keterlambatan pengenalan MP-ASI (Chaturvedi, 2007 dalam Kishore, 2008).

Pemberian makanan tambahan yang optimal tidak hanya tergantung pada apa yang dimakan, tetapi juga pada bagaimana, kapan, dimana dan oleh siapa anak diberi makan. Perilaku pemberian makan dan gaya yang lebih aktif dalam pemberian makan dapat meningkatkan asupan makanan, efek positif pada kesehatan anak, pertumbuhan dan perkembangan perilaku. Pemberian ASI dan praktik pemberian makan yang buruk, ditambah dengan tingginya tingkat penyakit menular, adalah penyebab proksimat utama malnutrisi selama dua tahun pertama kehidupan (Kishore, 2008).

Terdapat empat aspek perilaku proksimal yang merupakan bagian dari MP-ASI dan yang mempengaruhi asupan yaitu 1) mengadaptasi metode pemberian makan dengan kemampuan psikomotorik anak, 2) pemberian makan responsif (*feeding responsively*), termasuk mendorong anak untuk makan, memperhatikan kemungkinan nafsu makan rendah, menyeimbangkan anak dengan kontrol pengasuh makan, dan memberikan kasih sayang atau kehangatan terhadap anak selama makan, 3) menciptakan situasi makan (*feeding situation*) yang memuaskan dengan mengurangi gangguan, mengembangkan jadwal makan yang konsisten, serta mengawasi dan melindungi anak-anak selama makan dan 4) waktu makan, termasuk frekuensi makan dan memberi makan ketika anak-anak lapar. Contoh *responsive feeding* dalam penelitian ini terlihat dari pernyataan ini.

“cara ibu agar anak menghabiskan makanannya: **yaa dibae-baein... dikasih ntar maenan, biar bari maen, sambil maen, sambil kita suapin...gitu...kalo engga gitu, susah... jika anak tidak mau makan: diapain ge de mah engga mau, susah... yaa paling ge susu dah... trus tidur...**” responden 4/EMF/27 tahun/tamat SD/ibu rumah tangga/anak normal.

“**engga,,,makan aja sendiri dia mah (ibu tidak mendampingi anak makan)...cara ibu agar anak menghabiskan makanannya: diiiapaainn yaahh?? Hehehe...Engga diapa-apain...engгаа...jika anak tidak mau makan: diapaaiinn...dimarah-marahin...makaann duluuu...hehehe (ibu tertawa)...**” responden 1/BAZ/30 tahun/tamat SD/ibu rumah tangga/anak stunting.

Ibu dengan balita normal menerapkan praktek *responsive feeding* yang positif, ibu membujuk anak untuk makan, menciptakan situasi yang menyenangkan ketika anak makan, memberikan makanan yang diinginkan anak agar intake makanannya baik serta tidak memaksa anak. Sementara itu, ibu dengan balita stunting, tidak mendampingi anak saat makan sehingga kemungkinan besar anak hanya sedikit mengonsumsi makanannya, ibu juga tidak memberikan respon positif agar anak dapat menghabiskan makanannya dan cenderung memarahi anak jika anak tidak mau makan. Memberikan penghargaan (*reward*) kepada anak ketika anak dapat menghabiskan makanannya merupakan salah satu bentuk dorongan makan (*responsive feeding*) yang memiliki nilai positif yang mampu membuat anak dapat menghabiskan intake makanannya. Jumlah makanan yang dikonsumsi anak-anak tergantung pada banyaknya dorongan aktif (*responsive feeding*) pengasuh makan dan jumlah yang ditawarkan. Selain itu, pemahaman pengasuh dan

respon terhadap kelaparan anak-anak mungkin penting untuk asupan makanan yang cukup.

Di mana dan bagaimana makan terjadi juga dapat mempengaruhi asupan makanan anak-anak kecil. Beberapa anak diberi makan secara teratur setiap hari, duduk di tempat yang ditentukan dengan makanan yang mudah diakses, sedangkan yang lain diberi makan sementara berkeliaran atau pada waktu yang pengasuh menemukan kenyamanan. Anak-anak dapat dengan mudah terganggu, terutama jika makanan sulit untuk dimakan atau mereka tidak menyukai rasanya sehingga jumlah yang dimakan tidak mencukupi. Frekuensi makan juga telah diketahui dapat mempengaruhi status gizi anak (Engle, 1999). Monika (2004) dalam Kishore (2008) menyatakan bahwa *Feeding practices* terutama dipengaruhi oleh adat, tabu dan status sosial-ekonomi di antara para wanita dari blok Baijnath dari Himachal Pradesh.

Praktek *responsive feeding*, menerapkan prinsip-prinsip pola asuh psikososial. Khususnya: a) Memberi makan bayi secara langsung dan mendampingi anak-anak yang lebih tua ketika mereka makan sendiri, menjadi sensitif akan rasa lapar dan isyarat kenyang mereka, b) Makan dengan lambat dan dengan sabar (telaten, ulet), dan mendorong anak untuk makan tetapi tidak memaksa mereka, c) Jika anak menolak banyak makanan, uji coba dengan kombinasi makanan yang berbeda, rasa, tekstur dan metode dorongan semangat, d) Perkecil gangguan selama makan jika anak kehilangan ketertarikan dengan mudah, e) Ingat bahwa waktu makan

adalah periode pembelajaran dan cinta, bicara pada anak selama makan dengan kontak dari mata ke mata (WHO 2003 dalam Kishore, 2008).

Terdapat beberapa perilaku pemberian makan terbaik dalam praktek pemberian makan yaitu: 1) memberi makan dengan keseimbangan antara pemberian bantuan dan mendorong untuk makan sendiri, karena telah sesuai dengan tingkat perkembangan anak, contohnya seperti pernyataan responden 2 ini. Ibu dengan balita normal, mendampingi anaknya saat makan sendiri, memberikan pengertian pada anak bahwa makanan penting dan merayu anak ketika anak sulit makan. Tetapi, tidak ada *reward* yang diberikan ibu ketika anak mampu menghabiskan makannya.

“saat makan, anak ditemenin...dibantuin juga (disuapin)... respon ibu agar anak menghabiskan makanannya: sayang jangan dibuang-buang... diabisin... nyarikan susah...hehehe (ibu tertawa kecil). Ketika anak bisa menghabiskan makannya: engga... biasa aja (tidak ada reward dari ibu)... sikap ibu ketika anak susah makan: “mmmm...biasanya dirayu-rayu...” Responden 2/TAM/29 tahun/tamat SD/pemulung sampah/anak normal.

Kedua memberi makan dengan dorongan verbal yang positif tanpa paksaan lisan atau fisik, misalnya bersenandung, bercerita, 3) memberi makan sesuai usia serta peralatan makan secara kultural telah sesuai, 4) memberi makan dalam menanggapi isyarat lapar lebih awal, 5) memberi makan dalam lingkungan terlindung dan nyaman, 6) diberi makan oleh seorang individu yang dengannya anak memiliki hubungan emosional yang positif dan yang sadar dan peka terhadap karakteristik individu anak, termasuk perubahan fisik dan emosional anak (Pelto, 2003).

Penyiapan dan penyimpanan makanan merupakan bagian dari pola asuh makan yang terkait dengan hygiene pengasuh yang dapat berimplikasi terhadap status kesehatan anak. Praktek penyiapan dan penyimpanan makanan yang dilakukan pengasuh dalam penelitian ini 41,2% (35 orang) diantaranya termasuk kategori kurang baik. Studi *cross sectional* yang dilakukan oleh Riyadi et al. (2011) terkait faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi anak balita di kabupaten Timor Tengah Utara - Nusa Tenggara Timur pada 149 sampel menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan dan positif antara status gizi anak indikator TB/U dengan perilaku gizi ibu ($r = 0,291$), dimana salah perilaku gizi yang diteliti adalah kebiasaan ibu cuci tangan dengan sabun, serta mencuci bahan makanan dan peralatan masak. Praktek hygiene yang baik dan penanganan makanan yang tepat dalam penyiapan dan penyimpanan makanan sangatlah diperlukan untuk mencegah terjadinya penyakit infeksi akibat kontaminasi. Salah satu contoh praktek penyimpanan makan, dapat terlihat pada pernyataan ini.

“disitu,,,di meja,,, ditutupin...tutupin saji... (tempat dan cara ibu menyimpan makanan)...”

“eemmmm,,, mao makan! Mau tidur...cuci tangan, cuci kaki... hehehe... pake sabun... Responden 1/BAZ/30 tahun/pemulung sampah/anak stunting.

“di meja... di mangkok, ditutupin (tempat dan cara ibu menyimpan makanan)... pake tutup-tutupan, kadang-kadang baskom...”

“mo makan...mo tidur...paling mau nyuapin anak...basahin dulu tangan terus pake sabun... Responden 2/TAM/29 tahun/pemulung sampah/anak normal.

Dari kedua ibu yang memiliki anak stunting dan normal, keduanya menyimpan makanan di tempat yang aman dan dengan cara yang benar, yaitu makanan disimpan dalam tempat yang tertutup. Tetapi dari perilaku hygiene, dapat terlihat bahwa ibu dengan anak normal lebih baik dari ibu dengan anak stunting. Ibu dengan anak normal, mencuci tangannya ketika akan memberi makan anak.

Studi *cross sectional* Teshome et al (2009) pada 622 anak-anak usia 0-59 bulan di Ethiopia, menemukan bahwa adanya asosiasi antara *dietary factor* dan *stunting* yang ditunjukkan dengan pemberian kolostrum, durasi menyusui, pemberian makanan *pre-lacteal*, usia pengenalan MP-ASI, frekuensi pemberian makan, cara pemberian makan dan jenis makanan yang diperkenalkan saat pertama memberi MP-ASI yang secara signifikan berasosiasi. Banyak studi juga mengemukakan bahwa pemberian ASI Eksklusif, pengenalan "*complementary feeding*" atau "*timing of weaning*", pemberian MP-ASI, "*feeding practices*" serta persiapan dan penyimpanan makanan yang tergabung menjadi satu dalam pola asuh makan secara signifikan berasosiasi dengan status gizi *stunting* pada anak (Kishore, 2008; Padmadas, 2002; Riyadi, 2011; Shrimpton, 2003; Sinhababu, 2010)

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pola asuh makan tidak baik memiliki kecenderungan untuk meningkatkan resiko *stunting* pada anak (PR = 1,431). Sedangkan dengan menggunakan uji *chi square*, hasilnya menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara pola asuh makan dengan status gizi berdasarkan indeks TB/U. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yulia (2007) yang menunjukkan bahwa pola asuh makan dan

kesehatan yang diberikan oleh para wanita pemetik teh di kebun Malabar berhubungan positif dan signifikan dengan status gizi anak balita dengan indeks BB/U ($r = 0,253$; $p = < 0,05$) sedangkan dengan indeks TB/U tidak ada hubungan yang signifikan.

Namun bertentangan dengan penelitian Ruel dan Menon (2002), yang menyatakan bahwa pemberian makan (*feeding practices*) sangat kuat dan signifikan berasosiasi dengan tinggi badan menurut umur (TB/U) anak di banyak negara Amerika Latin (5 negara), khususnya setelah usia 12 bulan. Meskipun secara umum disetujui bahwa pemberian makan anak adalah faktor penentu terdekat yang krusial dari pertumbuhan dan morbiditas anak, secara mengejutkan sejumlah kecil ditemukan kuantitas kekuatan asosiasi antara perilaku pemberian makan seluruhnya dengan status gizi anak.

Dalam studi *prospective cohort* pada 1343 bayi di Bangladesh, Saha *et al.* (2008) juga menyatakan bahwa ada hubungan antara pemberian makan bayi dan peningkatan panjang badan (PB) dari 1-12 bulan kehidupan yang secara statistik signifikan. Sebesar 10% peningkatan skala pemberian makan dapat meningkatkan 0,05 cm pertambahan PB selama masa bayi. Sehingga disimpulkan bahwa adanya efek positif dalam mengikuti rekomendasi pemberian makan bayi saat ini terhadap pertumbuhan bayi dan anak-anak.

Hasil penelitian Ariga (2006) di Aceh dalam Husin (2008) menemukan bahwa adanya kecenderungan dengan semakin baiknya pola asuh pemberian makan (*feeding practices*), maka status gizi anak juga semakin baik ($p = 0,034$). Husin (2008) juga menyebutkan bahwa

berdasarkan hasil uji *regresi logistik* menunjukkan ada hubungan status gizi balita dengan pola asuh pemberian makan ($p = 0,000$) dimana jumlah sampel yang diteliti sebanyak 82 orang dengan metode *cross sectional*. Hasil yang sama dalam penelitian Supriatin (2004) di Bogor pada 60 responden, menunjukkan bahwa ada hubungan antara pola asuh makan (*feeding practices* dan penyiapan makanan) dengan status gizi balita dengan indeks TB/U ($p = 0,032$ dan $r = 0,277$). Pemberian pola asuh makan yang memadai berhubungan dengan baiknya kualitas konsumsi makanan anak, yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas status gizi anak tersebut (Masithah, 2005).

Tidak signifikannya hubungan antara pola asuh makan dengan status gizi berdasarkan indeks TB/U dalam penelitian ini, dikarenakan banyaknya faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi seorang anak. Penyebab mendasar (*basic causes*) yang memiliki kemungkinan mempengaruhi status gizi dalam penelitian ini adalah budaya dan kepercayaan tradisional (*cultural and traditional beliefs*), pengaruh lingkungan dan infrastruktur. Salah satu bentuk kepercayaan tradisional yang ditemukan terkait pemberian kolostrum, yang dapat terlihat dalam kutipan wawancara responden 1 berikut ini:

“engгаа,, saya cuci dulu ininya ... iyaaa (ibu senyum-senyum), saya cuci dulu... hehehehehe (ibu tertawa kecil sambil senyum-senyum),,, abis takut kenapa-kenapa karna udah lama,, gituuuu...” (ibu mencuci atau membuang kolostrumnya). Responden 1/BAZ/30 tahun/tamat SD/ibu rumah tangga/anak pendek.

Dari pernyataan tersebut, terlihat bahwa ibu balita *stunting* tidak memberikan kolostrum pada bayinya karena takut sakit, karena kebanyakan dari mereka masih percaya bahwa kolostrum adalah ASI kotor atau basi. Pernyataan serupa juga ditemui pada penelitian Inayati *et al.* (2012) di Nias,

ibu memiliki pemahaman bahwa “kolostrum kotor” ($n = 24$) karena warnanya kekuningan tidak seperti ASI matur yang berwarna putih. Warna kuning pada kolostrum diidentifikasi sebagai ASI kotor, sedangkan warna putih pada ASI matur dipercaya sebagai ASI yang bersih. Tidak diberikannya kolostrum ini terkait dengan besarnya pengaruh anggota keluarga lainnya yang lebih tua misalnya saja ibu (nenek) atau mertua. Sedangkan fakta lain yang bertentangan dapat terlihat dari pernyataan lain ibu balita normal ini.

“langsung dikasih...pas dia lahir....langsung ditemplokin ke kita gituh (bayi dilekatkan ke ibu)...biar kasih ASI...emang harus dikasih, biarpun kuning kan belum berair susu yaa...harus dikasih terus...kan biar mancing keluar ASI... Responden 3/YAN/25 tahun/tamat SLTP/ibu rumah tangga/anak normal.

Ibu balita normal memiliki pemahaman bahwa kolostrum harus diberikan karena walaupun warnanya kuning tetapi dengan pemberian kolostrum akan membantu pengeluaran ASI. Sehingga ibu dapat menyusui. Tingkat pendidikan ibu, secara tidak langsung mempengaruhi pemahamannya. Ibu balita normal memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi (tamat SLTP) daripada ibu balita pendek (tamat SD). Faktor lainnya yaitu pengaruh lingkungan yang dapat ditemui disini adalah besarnya kemungkinan kontaminasi limbah sampah pada air disekitar penduduk, kemudian pencemaran udara dan buruknya sanitasi lingkungan serta mudahnya kontaminasi oleh lalat yang dapat menyebabkan tingginya prevalensi diare yang merupakan salah satu penyebab *stunting* karena anak-anak akan kehilangan seng (Zn) yang berperan dalam pertumbuhannya. Selain itu, infrastruktur dalam hal ini rumah dengan kondisi seadanya juga umum ditemui di daerah ini, banyak terlihat rumah-rumah

semi permanen dan tidak permanen yang kurang mendukung terciptanya lingkungan rumah yang sehat.

Intake makanan baik makronutrien maupun mikronutrien merupakan salah satu bentuk outcome dari praktek pemberian makan (*feeding practices*) yang merupakan salah satu “*confounding factor*” antara pola asuh makan dengan status gizi. Praktek pola asuh makan yang baik, belum tentu menghasilkan *outcome* intake makanan yang baik pula, karena intake makanan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor eksternal (pemberi makan) tetapi juga dari faktor internal anak itu sendiri, misalnya saja nafsu makan anak, status kesehatan (sakit atau tidaknya) atau mungkin “*picky eater*” yang dimiliki anak tersebut. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa rata-rata intake energi anak usia 48-59 bulan yang diteliti, masih kurang dari AKG yang dianjurkan. Sedangkan rata-rata intake protein dan Zn sudah mencukupi AKG.

Kurangnya intake energi yang terjadi kemungkinan juga bisa disebabkan oleh perilaku makan anak tersebut dimana pada rentang usia tersebut, anak sudah bisa memilih dan makan makanannya sendiri. Selain itu, Theron (2007) dalam studinya pada 70 ibu balita menyatakan bahwa faktor *dietary* bukan satu-satunya penyebab *stunting*, tetapi disebabkan oleh multifaktorial. Di Afrika Selatan, faktor seperti kemiskinan, kepadatan penduduk dan kemungkinan kontaminasi makanan dapat berefek terhadap status kesehatan anak. Selain itu, faktor bakat atau herediter tidak boleh diabaikan.

6.2 Implikasi Terhadap Bidang Gizi

Stunting yang terjadi pada masa kanak-kanak bukan hanya sebuah masalah kegagalan pertumbuhan pada masa itu, tetapi banyak efek jangka menengah-panjang yang bisa terjadi, misalnya saja peningkatan mortalitas anak, peningkatan kejadian obesitas yang dapat berlanjut pada penyakit-penyakit degeneratif seperti diabetes mellitus (DM) dan penyakit jantung atau kardiovaskular. Saat anak memasuki usia sekolah, bukan hal yang tidak mungkin dapat terjadi penurunan performa dan tingkat intelektualitas (IQ) yang lebih rendah dibandingkan anak-anak normal. Ketika dewasa, dapat terjadi penurunan produktivitas, penurunan kapasitas kerja serta peningkatan morbiditas dan kematian dini.

Dengan adanya deteksi dini *stunting* dan penemuan tingginya prevalensi *stunting* di daerah penelitian, diharapkan dapat diterapkannya program-program yang mendukung perbaikan terhadap status gizi anak dan dapat menjadi gambaran bagi daerah-daerah lain yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan daerah penelitian untuk dapat menerapkan program pencegahan terjadinya *stunting* di daerahnya.

6.3 Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian hanya dilakukan pada satu komunitas yang terbatas yang hasilnya kurang representative untuk menggambarkan masyarakat secara umum.
2. Keterbatasan sumber daya, dalam hal ini terkait waktu penelitian yang singkat untuk menyelesaikan penelitian.