

RESEARCH STUDY

OPEN ACCESS

Perbedaan Pengetahuan Gizi Ibu dan Praktik ASI Eksklusif pada Wilayah Urban-Rural serta Korelasinya dengan Stunting Balita

Difference Of Mother's Nutrition Knowledge And Exclusive Breastsfeeding Practice In The Urban-Rural Areas And Its Correlation With Stunting Among Under-Five Children

Qonita Rachmah^{*1}, Nabilla Rachmah², Maris Mumtaza¹, Khoridah Annabila¹

¹Nutrition Department, Faculty of Public Health, Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia

²Anthropology Department, Faculty of Social and Political Science, Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia

ARTICLE INFO

Received: 15-10-2022

Accepted: 15-12-2022

Published online: 23-12-2022

*Correspondent:

Qonita Rachmah

qonita.rachmah@fkm.unair.ac.id



DOI:

10.20473/amnt.v6i1SP.2022.157-164

Available online at:

[https://e-](https://e-journal.unair.ac.id/AMNT)

[journal.unair.ac.id/AMNT](https://e-journal.unair.ac.id/AMNT)

Keywords:

Stunting, Pengetahuan gizi, ASI Eksklusif, Urban, Rural

ABSTRAK

Latar Belakang: Kondisi malnutrisi kronik atau stunting masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. ASI Eksklusif diketahui menjadi salah satu faktor utama dalam pencegahan stunting. Berdasarkan *Theory of Planned Behavior*, pengetahuan yang baik dapat menjadi dorongan untuk perilaku sehat, termasuk praktik memberikan ASI Eksklusif.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan gizi dan praktik pemberian ASI eksklusif antara ibu urban dan rural kaitannya dengan stunting pada balita di Kabupaten Sidoarjo Jawa Timur.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain cross-sectional. Total sebanyak 111 ibu dipilih secara *proportional random sampling* dari 4 desa di Kecamatan Candi, Kabupaten Sidoarjo; 2 desa mewakili wilayah urban (Larangan dan Kebonsari) dan dua lainnya mewakili wilayah rural (Kedungpeluk dan Kalipecabean). Pengetahuan terkait ASI Eksklusif diukur dengan menggunakan 20 pertanyaan tertutup yang dikembangkan peneliti, praktik ASI Eksklusif diukur dengan wawancara menggunakan kuesioner; sedangkan stunting diukur berdasarkan nilai *Height-for-age Z-Score* (HAZ) berdasarkan berat badan dan panjang/tinggi badan menggunakan timbangan digital SECA stadiometer atau *length board*. Uji bivariat dianalisis menggunakan Uji Chi-Square ($\alpha < 0,05$).

Hasil: Penelitian ini menunjukkan prevalensi stunting sebesar 18,0%, lebih rendah dari prevalensi nasional (24,4%). Hasil yang ditemukan adalah prevalensi stunting secara signifikan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan anak-anak pedesaan (29,4% VS 8,3%) ($p\text{-value} = 0,006$; OR = 4,5; 95% CI 1,53 – 13,7). Rerata skor pengetahuan adalah $64,1 \pm 16,2$ atau dalam kategori pengetahuan sedang. Selanjutnya, tidak ditemukan adanya hubungan antara pengetahuan gizi dengan stunting baik di perkotaan maupun pedesaan ($p\text{-value} > 0,05$); Namun, kami menemukan hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan praktik menyusui ($p = 0,045$) di mana mereka yang memiliki pengetahuan baik juga memiliki praktik menyusui eksklusif yang lebih baik (OR = 2,1; 95% CI 1,83 – 5,4).

Kesimpulan: Pengetahuan gizi lebih berhubungan dengan ASI eksklusif daripada stunting. Stunting yang lebih tinggi di perkotaan mungkin dipicu oleh tendensi rendahnya pemberian ASI eksklusif pada penduduk perkotaan. Lebih banyak kampanye tentang praktik pemberian ASI eksklusif harus dilakukan secara masif di kalangan ibu-ibu di perkotaan.

ABSTRACT

Background: Chronic malnutrition or stunting is still a public health problem in Indonesia. Exclusive breastfeeding known as one of major factors that could prevent stunting. Based on *Theory of Planned Behavior*, a good knowledge could drive a good health behavior, in this matter is to implement exclusive breastfeeding.

Objectives: This study aims to analyze the difference level of nutrition knowledge and exclusive breastfeeding practice between urban and rural mothers in correlation with stunting among under-five children in Sidoarjo district, East Java.

Methods: This was a quantitative, cross-sectional study employed 111 mothers. Respondents were randomly selected proportionally from 4 villages at Candi sub-district; 2 villages represent urban area (Larangan and Kebonsari) and another two represents rural area (Kedungpeluk and Kalipecabean). Knowledge related to exclusive breastfeeding measured using 20 self-developed close-ended questions, exclusive breastfeeding practice measured by interview, while stunting was measured based on Height-for-Age Z-score (HAZ) based on length/height measurement using SECA length board/stadiometer. Data then analyzed using Chi-Square Test ($\alpha < 0,05$).

Results: This study reveals stunting prevalence was 18.0%, lower than national prevalence. Interesting result we found is that stunting prevalence was significantly higher in urban compared to rural children (29.4% VS 8.3%, respectively) (P -value = 0.006; OR = 4.5; 95% CI 1.53 – 13.7). Mean score of knowledge was 64.1 ± 16.2 or moderate knowledge. Furthermore, we did not find any correlation between nutrition knowledge and stunting both in urban and rural area ($p > 0.05$); however, we found a significant correlation between knowledge and breastfeeding practice ($p = 0.045$) in which those who are having good knowledge also have better exclusive breastfeeding practice (OR = 2.1; 95% CI 1.83 – 5.4).

Conclusions: Nutrition knowledge is more correlated to exclusive breastfeeding rather than stunting. Higher stunting in urban might be precipitate by lower exclusive breastfeeding in urban population. More campaign on exclusive breastfeeding practice should be massively done among mothers in urban area.

Keywords: Stunting, Nutrition knowledge, Exclusive breastfeeding, Urban, Rural

PENDAHULUAN

Balita stunting di Indonesia masih berada pada angka 24,4%¹ dan masuk dalam kategori masalah kesehatan masyarakat menurut WHO². Anak-anak didefinisikan sebagai stunting jika tinggi badan untuk usia z-score (HAZ) mereka kurang dari -2SD di bawah median Standar Pertumbuhan Anak WHO³. Penurunan kecerdasan (IQ), risiko penyakit tidak menular, penurunan produktivitas, hingga hilangnya kesempatan kerja yang berdampak pada status ekonomi merupakan beberapa konsekuensi negatif yang timbul akibat stunting⁴. Hasil tersebut diperkuat dengan adanya fakta bahwa 67% balita dari angka mortalitas tersebut meninggal karena tidak memiliki pola makan yang benar seperti tidak mendapatkan ASI eksklusif, pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) dini atau terlambat dan komposisi zat gizi yang tidak lengkap, tidak seimbang dan tidak higienis⁵.

Jawa Timur sebagai salah satu provinsi di Indonesia yang menempati posisi ke 5 dari 33 provinsi di Indonesia yang memiliki angka prevalensi stunting sebesar 15,2 %. Di Jawa Timur terdapat beberapa Kabupaten yang memiliki angka prevalensi stunting dengan cakupan yang tinggi, di antaranya yakni di Kabupaten Banyuwangi, Kabupaten Madura, Kabupaten Kediri dan Kabupaten Sidoarjo. Di Sidoarjo tercatat sebanyak 24.439 balita yang mengalami stunting menurut data yang dilansir dari Dinas Kesehatan Jawa Timur tahun 2019⁶.

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya stunting. Strategi Gizi UNICEF 2020–2030 memperkenalkan kerangka konseptual UNICEF tentang determinan gizi ibu dan anak yang menjelaskan bahwa penyebab gizi buruk adalah pola makan yang buruk dan perawatan yang buruk. Pemberian ASI eksklusif pada anak adalah salah satu faktor pendukung untuk menanggulangi adanya stunting karena aspek tersebut memengaruhi dalam hal tumbuh kembang anak, maka dari itu adanya partisipasi ibu dalam pemberian ASI eksklusif sangatlah penting dalam mencegah adanya stunting pada anak⁷. Stunting merupakan salah satu kondisi kurangnya asupan gizi pada anak dan stunting masuk ke dalam kategori malnutrisi kronik yang salah satu faktornya yakni di sebabkan karena ibu tidak memberikan

ASI eksklusif. Sehubungan dengan hal tersebut, WHO memiliki enam aspek program pembangunan berkelanjutan yang dijadikan target sampai dengan tahun 2030, dua di antaranya adalah penanganan mengenai penurunan jumlah anak balita yang mengalami stunting serta meningkatkan angka pemberian ASI eksklusif sebagai upaya pencegahan stunting⁸.

ASI eksklusif merupakan makanan utama untuk bayi yang dikonsumsi mulai bayi baru lahir hingga bayi berusia enam bulan untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang maksimal⁹. ASI eksklusif mengandung zat gizi yang sesuai dengan kebutuhan bayi baru lahir, konsumsi ASI eksklusif pada bayi merupakan salah satu upaya menghindarkan bayi dari permasalahan kekurangan gizi, salah satunya yakni stunting¹⁰. Pemberian ASI eksklusif tidak dapat diberikan bersamaan dengan bahan pangan jenis apapun walaupun bahan pangan bertekstur cair dan lunak karena sistem pencernaan bayi belum mampu untuk mencerna, apabila bayi diberikan makanan selain ASI eksklusif maka dapat membahayakan kesehatan bayi¹¹.

Praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) di usia emas juga berkaitan dengan tingkat pengetahuan ibu sebagai pengasuh utama. Pengetahuan dan sikap yang dimiliki seseorang merupakan aspek predisposisi yang memengaruhi adanya perilaku, maka dari itu apabila seorang ibu memiliki pengetahuan yang baik mengenai ASI eksklusif akan secara langsung berpengaruh terhadap asupan bayi baru lahir¹². Pengetahuan ibu yang baik mengenai kesehatan gizi bayi baru lahir terutama mengenai pemberian ASI Eksklusif, akan tetapi jika ibu tidak dapat memberikan ASI eksklusif karena satu dan lain hal maka ibu dapat memberikan pencegahan sejak dini dengan mencari informasi pada berbagai media formal ilmiah maupun tenaga kesehatan seperti perawat atau dokter supaya tidak terjadi masalah kesehatan gizi salah satunya yakni stunting¹³.

Wilayah urban dan rural berdampak pada perilaku kesehatan yang berkaitan dengan pencegahan stunting. Salah satu penelitian Rachmadewi & Khomsan¹⁴ menunjukkan adanya perbedaan mengenai tingkat pengetahuan dan juga sikap ibu mengenai gizi di wilayah perkotaan dan pedesaan, mayoritas ibu di rural memiliki pengetahuan dan sikap gizi tingkat sedang, sedangkan di urban memiliki tingkat gizi tinggi. Berdasarkan uraian

diatas, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan serta praktik ASI eksklusif kaitannya dengan stunting pada balita di wilayah urban dan rural di wilayah kerja Kecamatan Candi, Kabupaten Sidoarjo.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode *cross-sectional*. Penelitian ini akan dilakukan di wilayah kerja puskesmas Candi, Sidoarjo. Kecamatan Candi, Sidoarjo sendiri merupakan salah satu lokus *stunting* di Kabupaten Sidoarjo (KEP 42/M.PPN/HK/04/2020). Penelitian dilakukan di empat desa atau kelurahan di wilayah Puskesmas Candi, Kabupaten Sidoarjo. Tipologi wilayah penelitian di bedakan menjadi dua yakni wilayah urban dan wilayah rural. Wilayah urban diwakili oleh Desa Larangan dan Desa Kebonsari; sedangkan wilayah rural diwakili oleh Desa Kedung Peluk dan Desa Kali Pecabean. Subjek penelitian adalah anak berusia 6 bulan – 60 bulan (balita) dengan responden Ibu Balita. Kriteria inklusi yaitu anak berusia 6 – 60 bulan dan tidak sakit saat pengambilan data, bersedia menjadi responden penelitian. Sedangkan kriteria eksklusi adalah responden dengan kondisi penyakit bawaan tertentu.

Perhitungan sampel pada penelitian ini menggunakan rumus perhitungan sampel perbedaan proporsi dua populasi independen¹⁵, merujuk penelitian Resti, et al¹⁶. Berdasarkan hasil perhitungan tersebut untuk penelitian kuantitatif didapatkan hasil sampel minimal yang diperlukan sebanyak 108 responden. Sampel akan diambil berdasarkan Teknik *proporsional random sampling* di 4 desa yang tersebar di Kecamatan Candi, Sidoarjo, sehingga masing-masing desa minimal diambil 25 responden. Pada penelitian ini, total sampel ada wilayah urban berjumlah 51 responden dan di wilayah rural sebanyak 60 responden.

Data *stunting* dikumpulkan dengan pengumpulan data antropometri yaitu panjang badan menggunakan *length board* atau tinggi badan menggunakan stadiometer, keduanya merek SECA dengan ketelitian 0,1 cm. Data panjang/tinggi badan kemudian digunakan untuk mengetahui nilai z-skor panjang/tinggi badan menurut usia (*Height-for-Age Z-score / HAZ*) menggunakan software WHO Anthro. Sedangkan pengumpulan data lain dilakukan dengan kuesioner, terdiri dari data karakteristik ibu dan anak, pengetahuan gizi dan riwayat ASI eksklusif. Kuesioner pengetahuan

disusun secara mandiri oleh peneliti dengan 20 pertanyaan pilihan ganda. Uji coba kuesioner pengetahuan dilakukan sebelum dilakukan pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan dengan asistensi dari enumerator sebanyak 2 (dua) orang mahasiswa gizi. Dua puluh pertanyaan yang terisi kemudian akan di nilai dengan jawaban benar mendapatkan skor 5 dan salah mendapatkan skor 0; data pengetahuan kemudian di uji normalitas untuk menentukan cut off poin tingkat pengetahuan.

Pengategorian data numerik seperti usia dan pengetahuan dilakukan dengan menganalisis normalitas data dengan uji Kolmogorv-Smirnov karena sampel >100. Analisis deskriptif disajikan dalam persentase untuk data ordinal. Kemudian, analisis inferensial dilakukan dengan SPSS 26 IBM *Statistics* dengan analisis statistik Uji *Chi-Square* ($\alpha < 0,05$) untuk melihat ada tidaknya hubungan antar variabel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Prevalensi stunting sebesar 18,0%, lebih tinggi dari prevalensi di Kabupaten Sidoarjo (14,0%), namun lebih tinggi dari prevalensi nasional (24,4%) maupun Propinsi Jawa Timur (23,5%). Akan tetapi, masih masuk dalam kategori masalah kesehatan masyarakat yang penting menurut WHO². Karakteristik subjek dan responden yang diukur dalam penelitian ini yaitu jenis kelamin anak, pekerjaan ibu, Pendidikan ibu, pendapatan keluarga, berat badan lahir, dan panjang badan lahir anak. Tabel 1 menunjukkan hasil karakteristik subjek, tingkat pengetahuan dan praktik ASI eksklusif di wilayah urban dan rural. Tidak ada perbedaan yang signifikan pada karakteristik subjek/responden, tingkat pengetahuan gizi maupun praktik ASI eksklusif antara urban dan rural; hanya tingkat Pendidikan Ibu yang berbeda secara signifikan antara ibu di wilayah urban dan rural, dimana lebih banyak Ibu urban yang memiliki Pendidikan tinggi (lebih tinggi dari tingkatan SMA) dibandingkan Ibu di rural area (OR=3,385; CI 95% 1,299 – 8,821). Hal ini kemungkinan besar juga berkaitan dengan akses Pendidikan yang lebih mudah di wilayah urban. Di wilayah urban, persentase ibu bekerja juga lebih banyak (51,9%) dibandingkan di wilayah rural (48,1%); begitu juga pendapatan keluarga lebih tinggi pada wilayah urban. Akan tetapi, menariknya, persentase BBLR dan panjang badan lahir <48 cm justru lebih tinggi pada wilayah urban dibandingkan rural walaupun pendapatan dan tingkat Pendidikan yang lebih besar.

Tabel 1. Karakteristik subjek, tingkat pengetahuan dan praktik asi eksklusif

Variabel	Distribusi Frekuensi	
	Urban (n=51)	Rural (n=60)
Jenis kelamin anak		
Perempuan	25 (48,1)	27 (51,9)
Laki-laki	26 (44,1)	33 (55,9)
Pekerjaan Ibu		
Tidak bekerja	37 (44,0)	47 (56,0)
Bekerja	14 (51,9)	13 (48,1)
Pendidikan Ibu*		
< SMA	7 (25,0)	21 (75,0)
≥ SMA	44 (53,0)	39 (47,0)

Variabel	Distribusi Frekuensi	
	Urban (n=51)	Rural (n=60)
Pendapatan keluarga		
<2,5 juta	31 (42,5)	42 (57,5)
≥2,5 juta	20 (52,6)	18 (47,4)
Berat badan lahir (N=73)		
≤ 2500 gr	5 (55,6)	4 (44,4)
> 2500 gr	29 (45,3)	35 (54,7)
Panjang badan lahir (N=64)		
< 48 cm	3 (60,0)	2 (40,0)
≥ 48 cm	27 (45,8)	32 (54,2)
Kategori Pengetahuan Gizi		
Pengetahuan kurang – sedang (≤65)	35 (52,5)	32 (47,8)
Pengetahuan baik (>65)	16 (36,4)	28 (63,6)
ASI Eksklusif		
Ya	43 (50,0)	43 (50,0)
Tidak	8 (32,0)	17 (68,0)
	ASI Eksklusif	
	Ya	Tidak
Kategori Pengetahuan Gizi*		
Pengetahuan kurang – sedang (≤65)	72 (75,8)	23 (24,2)
Pengetahuan baik (>65)	14 (87,5)	2 (12,5)

*) Pvalue < 0,05 dengan uji chi-square

Tabel 2 menggambarkan persentase jawaban benar dari setiap pertanyaan dalam variabel pengetahuan gizi terkait stunting dan penyebabnya. Perbedaan yang signifikan terdapat pada pertanyaan “apakah pemberian susu formula termasuk dalam pemberian ASI eksklusif”; menariknya, Ibu di wilayah rural lebih banyak menjawab benar (63,9%) dibandingkan Ibu di wilayah urban (36,1%).

Hal ini dapat menunjukkan bahwa banyak Ibu di wilayah urban yang masih beranggapan bahwa pemberian susu formula termasuk dalam pemberian ASI eksklusif; padahal ASI Eksklusif didefinisikan sebagai ASI yang diberikan kepada Bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain¹⁷.

Tabel 2. Distribusi jawaban benar kuesioner pengetahuan gizi ibu

Pertanyaan	Jawaban benar (n, %)	
	Urban	Rural
Apa yang dimaksud dengan ASI eksklusif?	45 (46,9)	51 (53,1)
Apakah ASI eksklusif dapat menghindarkan anak dari stunting?	39 (47,6)	43 (52,4)
Jika ada seorang anak memiliki tinggi badan yang lebih rendah di bandingkan anak lain yang usianya sama, maka disebut dengan..	30 (45,5)	36 (54,5)
Sejak bayi berusia berapa ibu memberikan ASI eksklusif?	21 (42,9)	28 (57,1)
Apakah pemberian susu formula termasuk dalam pemberian ASI eksklusif?*	26 (36,1)	46 (63,9)
Apakah bayi perlu diberikan makanan tambahan saat bayi sedang mendapatkan ASI eksklusif	25 (42,4)	34 (57,6)
Manakah manfaat pemberian ASI eksklusif yang tepat?	34 (53,1)	30 (46,9)
Ibu harus menyusui karena?	45 (45,5)	54 (54,5)
Ibu dan keluarga boleh memberikan madu dan air selama bayi menerima ASI eksklusif?	16 (38,1)	26 (61,9)
Faktor langsung penyebab stunting pada anak adalah	44 (45,4)	53 (54,6)
Makanan Pendamping ASI mulai diberikan ketika anak berusia.	45 (44,1)	57 (55,9)
MPASI yang tepat untuk diberikan pada anak usia 9-11 bulan berupa	33 (42,9)	44 (57,1)
Salah satu akibat yang dapat ditimbulkan jika makanan pendamping ASI diberikan terlalu awal (kurang dari 6 bulan)	40 (43,0)	53 (57,0)
ASI yang pertama keluar banyak mengandung kolostrum yang sebaiknya dikonsumsi ...	48 (48,5)	51 (51,5)
Stunting pada awal masa kanak-kanak dapat menyebabkan	33 (46,5)	38 (53,5)
Salah satu akibat yang dapat ditimbulkan jika makanan pendamping ASI diberikan terlalu awal (kurang dari 6 bulan) adalah	23 (40,4)	34 (59,6)

Pertanyaan	Jawaban benar (n, %)	
	Urban	Rural
Bahan makanan yang sangat penting dicukupi pada saat fase MPASI yaitu	13 (25,4)	17 (28,3)
Frekuensi menyusui yang terlalu sering mengakibatkan	34 (47,2)	38 (52,8)
Dampak yang kemungkinan didapatkan oleh anak yang tidak menerima ASI eksklusif	19 (59,4)	13 (40,6)
Dampak pertumbuhan jangka panjang jika anak diberikan ASI eksklusif	29 (44,6)	36 (55,4)

*) Pvalue < 0,05 dengan uji chi-square

ASI eksklusif mengandung kolostrum yang kaya akan antibodi sehingga mampu melindungi bayi dari paparan virus, bakteri, penyakit maupun infeksi kuman sehingga ASI eksklusif dapat mengurangi risiko kematian pada bayi. Hari pertama sampai ketiga, ASI eksklusif mengandung kolostrum yang berwarna kuning pekat, dan hari keempat sampai hari kesepuluh mengandung protein, laktosa dan immunoglobulin di mana ketiga kandungan tersebut berfungsi untuk melawan penyakit karena mengandung banyak zat kekebalan bagi tubuh, salah satunya yakni immunoglobulin yang berfungsi sebagai imunisasi pertama pada bayi¹⁸.

Dari 20 pertanyaan yang diajukan, jawaban benar paling sedikit terdapat pada pertanyaan "Bahan makanan yang sangat penting dicukupi pada saat fase MPASI"; jawaban yang tepat yaitu sumber protein hewani. Hasil ini dapat memberi gambaran terkait aspek penyebab stunting yang belum banyak diketahui oleh Ibu sehingga perlu dikampanyekan/di edukasi lebih luas lagi. Protein hewani mengandung asam amino yang lengkap dibandingkan dengan protein nabati, sehingga sangat penting untuk menunjang pertumbuhan tinggi badan anak.

Tabel 3. Hasil analisis bivariat

Variabel	Status Gizi Balita (HAZ)		P-value	OR (95% CI)
	Normal (n=91)	Stunting (n=20)		
Jenis kelamin anak				
Perempuan	44 (84,6)	8 (15,4)	0,622	1,404 (0,525 – 3,759)
Laki-laki	47 (79,7)	12 (20,3)		
Pekerjaan Ibu				
Tidak bekerja	71 (84,5)	13 (15,5)	0,253	1,912 (0,673 – 5,431)
Bekerja	20 (74,1)	7 (25,9)		
Pendidikan Ibu				
< SMP	26 (92,9)	2 (7,1)	0,096	3,600 (0,780 – 16,626)
> SMA	65 (78,3)	18 (21,7)		
Pendapatan keluarga				
<2,5 juta	14 (19,2)	59 (80,8)	0,797	0,790 (0,277 – 2,255)
≥2,5 juta	6 (15,8)	32 (84,2)		
Berat badan lahir (N=73)				
≤ 2500 gr	7 (77,8)	2 (22,2)	0,636	1,543 (0,279 – 8,532)
> 2500 gr	54 (84,4)	10 (15,6)		
Panjang badan lahir (N=64)				
< 48 cm	4 (80,0)	1 (20,0)	1,000	1,389 (0,139 – 13,900)
≥ 48 cm	50 (84,7)	9 (15,3)		
Wilayah tipologi				
Urban	36 (70,6)	15 (29,4)	0,006*	4,5 (1,532 – 13,712)
Rural	55 (91,7)	5 (8,3)		
Tingkat pengetahuan				
Pengetahuan kurang – sedang (≤65)	54 (80,6)	12 (19,4)	0,802	0,778 (0,286 – 2,083)
Pengetahuan baik (>65)	37 (84,1)	7 (15,9)		
ASI Eksklusif				
Ya	38 (84,4)	7 (15,6)	0,622	1,023 (0,268 – 2,022)
Tidak	52 (80,0)	12 (20,0)		

*) Pvalue < 0,05 dengan uji chi-square

Tabel 3 menunjukkan hasil analisis bivariat antara jenis kelamin anak, faktor ibu, berat badan dan panjang badan lahir, tingkat pengetahuan dan ASI eksklusif dengan stunting. Dari sembilan variabel yang diteliti, hanya wilayah tipologi yang menunjukkan hubungan yang

signifikan; namun variabel lain menunjukkan tendensi terjadinya stunting pada kelompok tertentu. Misalnya pada variabel jenis kelamin, persentase stunting lebih tinggi pada anak laki-laki dibandingkan perempuan. Hasil studi meta-analisis terhadap 16 survey demografi

kesehatan di Afrika juga menunjukkan tren yang sama bahwa anak laki-laki lebih rentan mengalami stunting di bandingkan dengan anak perempuan¹⁹; lebih lanjut dijelaskan bahwa banyaknya anak laki-laki yang stunting berkaitan dengan tingkat pemberian ASI Eksklusif yang lebih rendah. Pada studi yang kami lakukan, proporsi ASI eksklusif pada anak laki-laki memang lebih rendah (76,5%) dibandingkan anak perempuan (78,8%). Selain itu, Ibu dengan anak laki-laki juga cenderung memiliki pengetahuan yang lebih rendah di bandingkan Ibu dengan anak perempuan. Hasil analisis lanjut menunjukkan Ibu anak laki-laki dengan pengetahuan baik hanya sebesar 13,6% sedangkan Ibu anak perempuan dengan pengetahuan baik sebesar 15,4%. Berdasarkan hasil tersebut, kami berhipotesis bahwa tingginya stunting pada anak laki-laki pada penelitian ini dilatarbelakangi faktor rendahnya pengetahuan Ibu dan rendahnya ASI eksklusif. Selain jenis kelamin anak, tendensi stunting juga lebih banyak ditemukan pada ibu bekerja (25,9%) dibanding ibu tidak bekerja (15,5%); lalu pada berat lahir <2500 gram (BBLR) (22,2% VS 15,6%), panjang badan lahir < 48 cm (20,0% VS 15,3%), tingkat pengetahuan kurang – sedang (19,4% vs 15,9%) serta tidak ASI Eksklusif (20,0% VS 15,6%).

Pemberian ASI eksklusif dari ibu yang bekerja paruh waktu maupun penuh waktu terdapat kecenderungan kurangnya melakukan pemantauan secara langsung terhadap anaknya, sedangkan ibu yang tidak bekerja memiliki kecenderungan melakukan pemantauan intens pada anak. Pernyataan di atas sejalan dengan penelitian²⁰ bahwa ibu yang produktif bekerja, tidak memberikan ASI eksklusif karena berbagai faktor yakni faktor waktu, kesibukan, hari libur yang minim, tuntutan ekonomi serta sarana dan prasarana. Penelitian lain mengenai anak berusia di bawah lima tahun di wilayah Etiopia bagian selatan berisiko tinggi mengalami stunting karena tidak mendapatkan ASI eksklusif²¹.

Rerata skor pengetahuan adalah $64,1 \pm 16,2$ atau dalam kategori pengetahuan sedang. Selanjutnya, tidak ditemukan adanya hubungan antara pengetahuan gizi dengan stunting baik di perkotaan maupun perdesaan ($p>0,05$); maupun antara stunting dan non stunting ($p>0,05$). Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian lainnya seperti balita di wilayah puskesmas Pakauman, perkotaan Banjarmasin bahwa pengetahuan ($P=0,481$) tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting pada balita akan tetapi pemberian ASI eksklusif ($p=0,008$) memiliki hubungan yang signifikan dengan stunting pada balita²². Hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan praktik menyusui ($p=0,045$) di mana mereka yang memiliki pengetahuan baik juga memiliki praktik menyusui eksklusif yang lebih baik (OR = 2,1; 95% CI 1,83 – 5,4). Berdasarkan hasil penelitian Siswati, et al²³, sebanyak 32,16% anak di Indonesia kisaran usia 0-59 bulan di urban menderita stunting dikarenakan beberapa faktor yang signifikan mempengaruhi yakni ukuran berat maupun tinggi badan lahir yang tidak normal seperti yang umumnya dikenal dengan BBLR atau berat badan lahir rendah dan pendek, orang tua anak yang memiliki tinggi badan yang pendek, kemudian terdapat faktor sosial seperti kondisi ekonomi keluarga serta tingkat pendidikan ayah maupun ibu dari anak yang menderita stunting,

Berdasarkan analisis bivariat, ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara wilayah urban-rural dengan stunting; balita di wilayah urban memiliki risiko 4,5 kali lebih besar untuk mengalami stunting dibandingkan dengan balita di wilayah rural. Hasil ini sejalan dengan beberapa penelitian di negara lain, seperti di Pakistan yang menyebutkan bahwa stunting lebih tinggi pada kelompok anak perempuan wilayah perkotaan, dan pada kelompok sosial ekonomi yang lebih rendah²⁴. Penelitian di wilayah Urban India menyebutkan bahwa stunting disebabkan oleh multifaktor meliputi tingkat pendidikan ibu, jarak kehamilan dan penggunaan alat kontrasepsi²⁵. Rachmah, et al²⁶ dengan penelitian di wilayah rural perkotaan Surabaya menemukan angka stunting yang sangat tinggi sebesar 40,7% dan hal tersebut disebabkan karena kurangnya asupan protein pada anak. Akan tetapi, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan beberapa penelitian lain yang menyebutkan bahwa wilayah rural lebih rentan akan stunting di bandingkan wilayah urban, seperti yang dilaporkan oleh penelitian Akram, et al²⁷ di Bangladesh bahwa stunting di wilayah rural secara signifikan lebih tinggi (38,1%) di bandingkan daerah urban (31,2%). Lebih lanjut dijabarkan bahwa anak laki-laki di wilayah rural berisiko 1,31 kali lebih besar untuk mengalami stunting di bandingkan dengan anak perempuan.

Stunting lebih berkaitan dengan wilayah tipologi, secara signifikan lebih tinggi pada wilayah urban; walaupun di wilayah urban Ibu memiliki Pendidikan yang lebih tinggi dan penghasilan keluarga lebih besar dibanding wilayah rural. Faktor yang lebih berperan dalam penelitian ini yaitu ternyata pada wilayah urban, prevalensi berat lahir, panjang lahir rendah, serta ASI eksklusif lebih banyak di wilayah urban. Sehingga dapat kami simpulkan bahwa stunting tidak hanya dipengaruhi satu faktor namun keterkaitan antar faktor. Perbedaan urban-rural juga tidak hanya menentukan tingkat pengetahuan dalam hal kaitannya dengan stunting, namun bagaimana variasi dengan variabel lain. Kondisi berat badan dan panjang badan lahir merupakan salah satu indikator kecukupan gizi pada saat masa kehamilan dan merupakan prediktor penting ukuran tubuh anak pada fase pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya²⁸. Dalam konsep 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), pemenuhan gizi di masa kehamilan merupakan faktor krusial dalam pencegahan stunting²⁹. Beberapa studi membuktikan bahwa berat badan lahir rendah berkaitan dengan stunting, karena kondisi BBLR meningkatkan risiko terjadinya infeksi yang kemudian berdampak negatif pada pertumbuhan linear hingga berujung pada stunting³⁰⁻³³.

Kekuatan penelitian ini adalah hasil yang berbeda dengan teori yang sebelumnya banyak berkembang yaitu tingginya angka stunting di wilayah urban dibandingkan rural; selain itu, penelitian ini juga mengakomodir variabel berat lahir dan panjang badan lahir serta ASI eksklusif sehingga tidak hanya dilihat dari satu dimensi pengetahuan. Namun, kelemahan penelitian ini adalah tidak dilakukannya path analysis sehingga belum terlihat hubungan antar variabel.

KESIMPULAN

Pengetahuan gizi lebih berhubungan dengan ASI eksklusif, namun tidak dengan stunting. Stunting yang lebih tinggi di perkotaan dapat dipicu oleh rendahnya pemberian ASI eksklusif pada penduduk perkotaan, tingginya angka Ibu bekerja di wilayah urban, serta tingkat BBLR dan panjang lahir rendah yang juga lebih tinggi di wilayah urban. Kampanye tentang pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil dan praktik pemberian ASI eksklusif harus dilakukan lebih masif di kalangan ibu-ibu di perkotaan. Penelitian selanjutnya juga dapat menduplikasi penelitian ini dan melakukan analisis jalur (*path analysis*) agar keterkaitan antar variabel dapat digambarkan lebih baik lagi.

ACKNOWLEDGEMENT

Ucapan terima kasih ditujukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, Puskesmas Candi dan Kader Puskesmas atas bantuannya selama proses pengumpulan data.

CONFLICT OF INTEREST DAN FUNDING DISCLOSURE

Semua penulis tidak memiliki conflict of interest terhadap artikel ini. Penelitian ini didanai oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga.

REFERENSI

1. Kemenkes RI. Hasil Survey Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021. Jakarta: Kemenkes RI. 2021
2. de Onis, M., et al. Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years. *Public health nutrition*, 22(1), 175–179 (2018).
3. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak. (Kemenkes RI, 2020).
4. WHO. 2016. The Double Burden of Malnutrition: Policy Brief. Geneva: WHO.
5. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. Amaluddin. Sidoarjo Tertinggi Kasus Stunting di Jatim. (2020). Available at: <https://www.medcom.id/nasional/daerah/GKdO4YEk-sidoarjo-tertinggi-kasus-stunting-di-jatim> (Accessed: 10th July 2022)
7. Ramayulis, R., Kresnawan, T., Iwaningsih, S., & Rochani, N. Stop Stunting dengan Konseling Gizi. (Penebar plus, 2018).
8. WHO. Child stunting data visualizations dashboard. (2019). Available at: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.2-2-viz-1?lang=en> (Accessed: 11th July 2022)
9. WHO. Levels and trends in child malnutrition; In UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates Key findings of the 2019 edition. Available at: <https://www.who.int/nutgrowthdb/jme-2019-key-findings.pdf>. Accessed at: 5th August 2022)
10. Fitri, L. Hubungan BBLR dan ASI eksklusif dengan kejadian stunting di Puskesmas Lima Puluh Pekanbaru. *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan has been Accredited*, 3(1), 131-137 (2018).
11. Mufdillah. Buku Pedoman Pemberdayaan Ibu Menyusui pada Program ASI Eksklusif. (Digilib UNISA Yogyakarta, 2017).
12. Notoatmodjo, S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. (Rineka Cipta, 2012).
13. Yuhansyah, & Mira. Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Pada Anak Balita Di Upt Puskesmas Remaja Urban Samarinda. *Borneo Nursing Journal (BNJ)*, 1(1), (2019).
14. Rachmadewi, A., & Khomsan, A. Pengetahuan, Sikap, Dan Praktek Asi Eksklusif Serta Status Gizi Bayi Usia 4-12 Bulan Di Rural Dan Urban. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 4(2) (2009).
15. Lemeshow. Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan. (Penerbit UGM, 1997)
16. Resti, E., Wandini, R., & Rilyani, R. (2021). Pemberian Makanan Pendamping Asi (Mp-Asi) Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita. *JKM (Jurnal Kebidanan Malahayati)*, 7(2), s274-278.
17. Perpres RI No.33 tahun 2012 tentang ASI Eksklusif. 2013. Available at: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PP%20No.%2033%20ttg%20Pemberian%20ASI%20Eksklusif.pdf (Accessed at: 15th October 2022)
18. Soekirman. Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat. (Dirjen Dikti Depdiknas, 2006).
19. Wamani et al. Boys are more stunted than girls in Sub-Saharan Africa: a meta-analysis of 16 demographic and health surveys. *BMC Pediatrics* (2007).
20. Haryani, et al. Alasan Tidak Diberikan ASI Eksklusif oleh Ibu Bekerja di Urban Mataram Nusa Tenggara Barat. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 2(2) (2014).
21. Fikadu, T., Dube, L., & Ssegid, S. Factor Associated with Stunting Among Children Age 24 to 59 month in Meskan District, Gurage Zone, South Ethiopia : A Case Control Study. *BMC Public Health* (2014).
22. Fatimah, Qariati, N., & Widyarni, A. Hubungan Pengetahuan Dan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Pekauman Urban Banjarmasin Tahun 2020. (Universitas Islam Kalimantan, 2020).
23. Siswati, T., Hoekstra, T., & Kusnanto, H. Stunting among children Indonesian urban areas: What is the risk factors? *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*, 8(1) (2020).
24. Mushtaq, M., Gull, S., & Khurshi, U. Prevalence and socio-demographic correlates of stunting and thinness among Pakistani primary school children. *BMC Public Health*, (2011).

25. Das , S., Chanani, S., More, N., Osrin , D., & Pantvaidy, S. Determinants of stunting among children under 2 years in urban informal settlements in Mumbai, India: evidence from a household census. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 39(10), (2020)
26. Rachmah, Q., Mahmudiono, T., & Loh, S. Predictor of Obese Mothers and Stunted Children in the Same Roof: A Population - Based Study in Urban Poor Setting Area. *Front Nutritient*, (2021).
27. Akram , R., Sultana, M., Ali, N., Sheikh, N., & Sarker, A. Prevalence and Determinants of Stunting Among Preschool Children and Its Urban–Rural Disparities in Bangladesh. *SAGE journal*, 39(4) (2018).
28. United Nations Children’s Fund and World Health Organization. *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*. UNICEF. (WHO, 2004)
29. WHO. *Global Nutrition Targets 2025 Stunting Policy Brief*. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149019/WHO_N?sequence=1 2014. (Accessed: 15th October 2022)
30. K Kuntari T, Jamil NA, Kurniati O. Faktor Risiko Malnutrisi pada Balita. *Kesmas: National Public Health Journal*. (2013)
31. Rahayu LS, Sofyaningsih M. Pengaruh BBLR (berat badan lahir rendah) dan pemberian ASI eksklusif terhadap perubahan status stunting pada balita di Kota dan Kabupaten Tangerang Provinsi Banten. In: *Seminar Nasional Peran Kesehatan Masyarakat dalam Pencapaian MDG’s di Indonesia* (2011).
32. Alderma H, Shekar M. Nutrition, food security, and health In: Kliegman RM, et al. *Nelson textbook of pediatrics*. 19th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders (2011)