



Prevalensi *stunting* pada *toddler* dengan keluhan sulit makan dan hubungannya dengan asupan nutrisi pada satu tahun pertama

DOAJ
DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

CrossMark

Ni Komang Diah Saputri,* I Gusti Lanang Sidiartha, I GAP Eka Pratiwi

ABSTRACT

Background: Feeding difficulty is a common problem among children, especially during toddler. The feeding complication will impact the growth of children, which leads to *stunting*. The prevalence of *stunting* in Indonesia is still high and closely related to long-term malnutrition.

Objective: To determine the prevalence of *stunting* in a toddler with feeding difficulty complaints and its correlation with the toddler type of nutrition in the first year.

Method: Cross-sectional study in 87 toddlers (children aged 1-3 years) with feeding difficulty complaints in Sanglah Hospital from February 2012 to July 2012. The relationships of *stunting* and nutrition of the first year analyzed using the Chi-square test and logistic regression and significant if P value < 0.05.

Result: The prevalence of *stunting* was 33.3%. Male was 50.6%, and the female was 49.4%. The relationship between *stunting* and the non-exclusive breastfeeding was statistically significant PR=3.367 (IK 95%:1.24-9.10, p=0.012). The relationship between *stunting* and first ages of nutrition intake of < 4 months or > 6 months was statistically significant with PR=8.39 (IK 95%: 2.11-33.37, p=0.003). The relationship between *stunting* and the types of first nutrition intake of fortified food was statistically significant PR = 4.57 (IK 95%: 1.45-14.41, p=0.009).

Conclusion: The prevalence of *stunting* on the toddler with feeding difficulty complaints was 33%. *Stunting* events are associated with a non-exclusive breastfeeding history and early-onset of early or slower breastfeeding complementary feeding and associated with unfortified breastfeeding supplementation in children.

Keywords: feeding difficulty complaints, *stunting*, toddler, exclusive breastfeeding, food fortified

Cite This Article: Saputri, N.K.D., Sidiartha, I.G.L., Pratiwi, I.G.E. 2019. Prevalensi *stunting* pada *toddler* dengan keluhan sulit makan dan hubungannya dengan asupan nutrisi pada satu tahun pertama. *Medicina* 50(2): 370-376. DOI:10.15562/Medicina.v50i2.60

ABSTRAK

Latar belakang: Kesulitan makan merupakan masalah yang sering dialami oleh anak terutama pada masa *toddler*. Hal ini akan berdampak negatif terhadap pertumbuhan anak yang dapat menyebabkan *stunting*. Prevalensi *stunting* di Indonesia masih cukup tinggi dan erat kaitannya dengan malnutrisi jangka panjang.

Tujuan: Untuk mencari prevalensi *stunting* pada *toddler* dengan keluhan sulit makan dan dihubungkan dengan jenis asupan nutrisi pada satu tahun pertama

Metode: Uji potong lintang pada 87 *toddler* (anak berusia 1 – 3 tahun) dengan keluhan sulit makan yang kontrol ke poli anak RSUP Sanglah Denpasar sejak Februari 2012 sampai Juli 2012. Hubungan *stunting* dengan asupan nutrisi 1 tahun pertama dianalisis dengan *Chi-square test* dan analisis multivariat dengan uji regresi logistik. Dianggap signifikan bila P < 0,05.

Hasil: Prevalensi *stunting* sebesar 33,3%, lelaki sebesar 50,6% dan perempuan sebesar 49,4%. Hubungan antara *stunting* dengan pemberian ASI tidak eksklusif secara statistik bermakna dengan nilai PR=4,61 (IK 95%: 1,23-17,22, p=0,023). Pada usia awal MPASI < 4 bulan atau > 6 bulan berhubungan dengan *stunting* dengan PR=8,39 (IK 95%: 2,11-33,37, p=0,003). Jenis awal MPASI berupa makanan tidak terfortifikasi berhubungan secara signifikan dengan *stunting* dengan PR = 4,57 (IK 95%: 1,45-14,41, p=0,009).

Simpulan: Prevalensi *stunting* pada *toddler* dengan keluhan sulit makan sebesar 33%. Kejadian *stunting* berhubungan dengan riwayat pemberian ASI tidak eksklusif dan usia awal dimulainya pemberian MPASI yang lebih dini atau lebih lambat, serta berhubungan dengan pemberian MPASI yang tidak terfortifikasi pada anak.

Kata kunci: Keluhan sulit makan, *stunting*, toddler, ASI eksklusif, makanan fortifikasi

Cite Pasal Ini: Saputri, N.K.D., Sidiartha, I.G.L., Pratiwi, I.G.E. 2019. Prevalensi *stunting* pada *toddler* dengan keluhan sulit makan dan hubungannya dengan asupan nutrisi pada satu tahun pertama. *Medicina* 50(2): 370-376. DOI:10.15562/Medicina.v50i2.60

Department of Child Health,
Medical Faculty Udayana
University-Sanglah Hospital,
Denpasar

*Correspondence to:
Ni Komang Diah Saputri,
Department of Child Health, Medical
Faculty Udayana University-Sanglah
Hospital, Denpasar
diah_saputri1987@yahoo.com

PENDAHULUAN

Makan merupakan dasar untuk menyokong pertumbuhan dan perkembangan anak.

Perkembangan kemampuan makan yang normal berdasarkan fungsi fisik, kecukupan nutrisi,

Diterima: 2017-07-13
Disetujui: 2017-10-03
Diterbitkan: 2019-08-01

kemauan makan yang baik dan hubungan kerja sama yang baik antara anak dan orangtua.^{1,2} Prevalensi masalah makan pada anak sebesar 25% sampai 45%, namun penelitian mengenai dampak masalah makan masih sangat terbatas.^{2,3} Kesulitan makan merupakan masalah yang sering dialami oleh anak terutama pada masa *toddler* (usia 1–3 tahun), karena pada masa ini perkembangan individu dan otonomi anak sedang berkembang pesat.^{4,5}

Masalah kesulitan makan sering dihadapi baik oleh para orang tua atau petugas kesehatan. Berbagai manifestasi keluhan sulit makan antara lain memilih-milih makanan, menolak makan, jumlah makanan yang dikonsumsi sedikit, menghabiskan makan dalam waktu lama dan ketidaktertarikan terhadap makanan.² Keluhan sulit makan pada anak usia dini apabila tidak diintervensi dengan baik dapat menimbulkan berbagai dampak antara lain pertumbuhan, status nutrisi, kognitif, sosial dan kesehatan emosional serta masalah kesehatan lainnya.^{6–8} Penyebab kesulitan makanan pada umumnya multifaktor yang dibedakan menjadi faktor organik, nutrisi, dan psikologis. Salah satu faktor yang dapat menurunkan nafsu makan pada anak adalah infeksi, hal tersebut dapat menyebabkan gangguan pada absorpsi saluran pencernaan sehingga menghambat penyerapan nutrisi. Apabila infeksi berlangsung lama maka dapat terjadi malnutrisi sehingga dapat menyebabkan *stunting*.^{7,8}

Stunting dinilai dari tinggi badan berdasarkan umur kemudian diplot berdasarkan kurva *World Health Organization* (WHO) didapatkan titik potong di bawah -2 SD. Prevalensi anak dengan *stunting* berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 sebesar 37,2%.⁹ Hasil ini lebih tinggi dibandingkan hasil RISKESDAS tahun 2010 sebesar 35,6%.¹⁰ Prevalensi *stunting* di Indonesia masih cukup tinggi dan erat kaitannya dengan malnutrisi jangka panjang. Data yang diperoleh dalam Riskesdas 2010, prevalensi balita *stunting* terus meningkat pada kelompok umur 0–23 bulan sebanyak 28,1% pada kelompok umur <5 bulan menjadi 32,1% pada kelompok umur 6–11 bulan dan menjadi 41,5% pada kelompok umur 12–23 bulan. Masa antara kehamilan hingga tiga tahun pertama kehidupan anak adalah masa kritis oleh karena kebutuhan gizi pada kelompok ini paling tinggi namun di sisi lain kelompok usia ini merupakan kelompok yang paling rawan memperoleh pola asuh yang salah, akses pelayanan kesehatan yang tidak cukup dan pola pemberian makan yang tidak tepat.^{8,11}

Pemenuhan nutrisi tahun pertama kehidupan sangat penting untuk anak karena merupakan masa transisi memulai makanan padat serta pertumbuhan dan perkembangan yang pesat. Nutrisi 1 tahun

pertama diantaranya berkaitan dengan air susu ibu (ASI) eksklusif, waktu awal pemberian makanan pendamping ASI (MPASI), maupun jenis awal MPASI. WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama minimal 4 - 6 bulan dan dilanjutkan hingga usia 2 tahun dengan tambahan makanan pendamping ASI.¹² Pemenuhan nutrisi pada 1 tahun pertama tidak jarang dikaitkan dengan kejadian malnutrisi jangka panjang sehingga menyebabkan *stunting*, khususnya dikaitkan dengan pemberian ASI eksklusif, jenis awal makanan pendamping ASI (MPASI) dan pemberian MPASI yang terlalu cepat (kurang dari usia 4 bulan) atau terlalu lambat (lebih dari usia 6 bulan).^{8,13,14} Penelitian *case-control* di Ethiopia didapatkan hasil bahwa risiko terjadinya *stunting* pada anak yang mendapatkan ASI kurang dari 6 bulan sebesar 5,6 kali daripada anak yang mendapatkan ASI eksklusif.^{15,16}

Pentingnya pemenuhan nutrisi sebagai penunjang pertumbuhan anak maka perlunya komitmen orang tua, petugas kesehatan dan pemerintah untuk mendukung secara aktif dengan melakukan usaha-usaha nyata untuk memenuhi hal tersebut sejak usia awal kehidupan.¹¹ Penelitian ini dilakukan dengan tujuan mencari prevalensi *stunting* pada anak usia 1–3 tahun (*toddler*) dengan keluhan sulit makan dan hubungannya dengan asupan nutrisi 1 tahun pertama.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan studi potong lintang retrospektif, data penelitian didapatkan dari data pasien pada sub divisi Nutrisi dan Penyakit Metabolik RSUP Sanglah. Pengumpulan data tersebut dilakukan pada pasien yang kontrol ke poli anak RSUP Sanglah Denpasar sejak Februari sampai Juli 2012. Pemilihan subjek penelitian digunakan dengan metode *consecutive sampling*. Kriteria inklusi adalah pada pasien *toddler* (umur 1 sampai 3 tahun), dikeluhkan sulit makan atau memilih makanan yang dikonsumsi atau tidak mau makan dan datang kontrol ke poli anak sejak bulan Februari sampai Juli 2012. Kriteria eksklusif pada pasien dengan penyakit kronis, riwayat lahir kurang bulan dan riwayat berat badan lahir rendah. Penelitian ini telah mendapatkan ijin dari Komite Etik Universitas Udayana, RSUP Sanglah Denpasar.

Berat badan diukur dengan skala berat badan untuk anak di bawah usia 2 tahun dan skala berdiri untuk usia di atas 2 tahun. Panjang badan diukur dengan stadiometer kayu horizontal untuk anak di bawah 2 tahun dalam posisi terlentang disajikan dalam satuan sentimeter. Tinggi badan diukur dengan mistar plastik yang diletakkan di dinding untuk anak usia di atas 2 tahun yang berdiri

menempel dengan dinding tersebut dan tidak menggunakan sepatu yang disajikan dalam satuan sentimeter. Tinggi badan dan usia diplotkan dalam kurva sesuai standar baku WHO 2006, interpretasi *stunting* apabila didapatkan di bawah -2 standar deviasi (SD).

Keluhan sulit makan didefinisikan sebagai keluhan orang tua terhadap anak dengan makan sedikit, memilih-milih makanan atau menolak makan. Pendidikan orang tua adalah pendidikan terakhir yang dijalani oleh ibu subjek dibagi atas 2 kelompok yaitu rendah (SD dan SMP) dan tinggi (SMA dan Perguruan Tinggi). Penghasilan orang tua yang dimaksudkan adalah penghasilan kedua orang tua subjek yang dibagi atas rendah dan tinggi dari upah minimum rata-rata (UMR).

Jenis asupan nutrisi 1 tahun pertama terdiri dari Air Susu Ibu (ASI), usia awal mulai makanan pendamping ASI (MPASI) dan jenis MPASI awal. Pada variabel ASI sebagai dibagi menjadi kelompok ASI eksklusif dan tidak ASI eksklusif. ASI eksklusif adalah pemberian hanya ASI pada 6 bulan pertama, sedangkan tidak ASI eksklusif adalah pemberian asupan ASI disertai dengan pemberian asupan lainnya. Usia awal mulai MPASI adalah usia saat pertama kalinya seorang anak diberikan MPASI yang dibagi atas 2 kelompok yaitu usia kurang dari 4 bulan atau lebih 6 bulan dan pemberian dalam rentang usia 4-6 bulan. Jenis MPASI awal adalah jenis makanan pendamping ASI yang pertama kali diberikan dikelompokkan menjadi kelompok tidak terfortifikasi dan dengan fortifikasi. Kelompok tidak terfortifikasi merupakan kelompok subjek dengan pemberian awal MPASI berupa bubur buatan rumah dan atau buah-buahan yang tidak dilakukan fortifikasi, sedangkan terfortifikasi seperti bubur kemasan atau siap saji yang sudah difortifikasi.

Pendidikan ibu adalah pendidikan terakhir yang didapatkan ibu hingga saat penelitian dilakukan, dibagi atas rendah dan tinggi. Pendidikan rendah adalah ibu yang tidak mendapat pendidikan atau hingga sekolah menengah pertama, sedangkan pendidikan tinggi adalah ibu yang mendapat pendidikan sekolah menengah atas atau hingga perguruan tinggi.

Pendapatan orang tua adalah pendapatan gabungan antara ibu dan ayah secara bersama-sama yang diperoleh setiap bulan, dibagi atas rendah dan tinggi. Digolongkan pendapatan rendah apabila pendapatan orang tua lebih rendah dari upah minimum rata-rata daerah Bali, sedangkan pendapatan tinggi apabila pendapatan orang tua melebihi upah minimum rata-rata daerah Bali tahun 2012.

Penyakit kronis didefinisikan sebagai infeksi, inflamasi, atau penyakit neoplastik yang terjadi

selama lebih dari 2 bulan, seperti infeksi virus *human immunodeficiency virus* (HIV), penyakit ginjal kronis, penyakit hati kronis, penyakit jantung bawaan, diabetes melitus, penyakit neoplasma, kondisi tersebut didiagnosis oleh dokter dan dilihat dari rekam medis. Berat badan lahir rendah didefinisikan sebagai berat badan lahir kurang dari 2500 gram. Lahir kurang bulan adalah umur kehamilan pada saat lahir kurang dari 37 minggu.

Data yang didapatkan melalui anamnesis dan pengukuran antropometri dituliskan pada formulir penelitian. Data tersebut termasuk umur, jenis kelamin, antropometri, jenis keluhan sulit makan, pendidikan orang tua, penghasilan orang tua, riwayat pemberian ASI eksklusif atau tidak eksklusif, usia awal pemberian MPASI dan jenis awal pemberian MPASI. Data tidak dimasukkan jika data terdapat dalam kriteria eksklusif. Perhitungan jumlah sampel menggunakan uji sampel tunggal dengan didapatkan jumlah sampel minimal 41 subjek. Hubungan *stunting* dengan asupan nutrisi 1 tahun pertama dianalisis dengan menggunakan *Chi-square test* dan dilakukan uji regresi logistik untuk melihat faktor yang paling berperan terhadap *stunting*. Diinterpretasikan signifikan bila $P < 0,05$. Penelitian ini menggunakan SPSS 18.0. Penelitian ini mendapat izin dan kelaikan etik dari Unit Penelitian dan Pengembangan (Litbang) Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/RSUP Sanglah dengan nomor surat 30/UN.14.2/Litbang/I/2012.

HASIL

Pada penelitian ini didapatkan 104 orang *toddler* dengan keluhan sulit makan pada kurun waktu penelitian, terdapat 13 orang dieksklusi diantaranya 5 orang dengan riwayat berat bayi lahir rendah (BBLR) dan 12 orang lainnya dengan penyakit kronis. Setelah dilakukan eksklusi didapatkan sebanyak 87 orang *toddler* dengan keluhan sulit makan sebagai subjek penelitian ini. Rerata umur pada subjek dengan keluhan sulit makan 1,3 (0,5) tahun, sementara subjek dengan *stunting* rerata umur 1,41 (0,1) tahun. Penelitian ini mendapatkan 29 orang dengan *stunting* dan 58 orang tidak *stunting* didapatkan prevalensi *stunting* cukup tingginya pada *toddler* dengan keluhan sulit makan yaitu sebesar 33,3%, *stunting* pada jenis kelamin lelaki sebesar 50,6% dan perempuan sebesar 49,4% (Tabel 1).

Tabel 2 menunjukkan hasil pada analisis bivariat didapatkan bahwa ASI tidak eksklusif, usia awal MPASI kurang dari 4 bulan atau lebih dari 6 bulan dan jenis awal MPASI berupa makanan tidak terfortifikasi berhubungan secara signifikan dengan kejadian *stunting*.

Tabel 1 Karakteristik subjek penelitian

Karakteristik	N (87)
Jenis kelamin,	
Lelaki, n (%)	44 (50,6)
Perempuan, n (%)	43 (49,4)
Umur, rerata (SB)	1,3 (0,5)
Berat badan (kg), rerata (SB)	11,8 (12,3)
Tinggi badan (cm), median (SB)	80,4 (6,5)
Keluhan sulit makan	
Memilih makanan, n (%)	15 (17,2)
Makan sedikit-sedikit, n (%)	65 (74,7)
Menolak makan, n (%)	7 (8,1)
Pendidikan ibu	
Rendah	26 (29,8)
Tinggi	61 (70,2)
Penghasilan orang tua	
Rendah	29 (33,3)
Tinggi	58 (66,7)
Air Susu Ibu (ASI)	
Tidak ASI eksklusif, n (%)	52 (59,8)
ASI eksklusif, n (%)	35 (40,2)
Usia awal MPASI	
< 4 bulan atau > 6 bln, n (%)	18 (20,7)
4 – 6 bulan, n (%)	69 (79,3)
Jenis awal MPASI	
Tidak fortifikasi, n (%)	31 (35,6)
Fortifikasi, n (%)	56 (64,4)

Tabel 2 Analisis bivariat antara *stunting* dengan nutrisi satu tahun pertama

Variabel	<i>Stunting</i> (29)	Tidak <i>Stunting</i> (58)	PR	IK 95%	Nilai P
Air Susu Ibu (ASI)					
Tidak ASI eksklusif, n (%)	23 (47,9)	25 (52,1)	3,23	1,36-7,66	0,002
ASI eksklusif, n (%)	6 (15,4)	33 (84,6)			
Usia awal MPASI					
< 4 bulan atau > 6 bulan, n (%)	13 (72,2)	5 (27,8)	3,11	1,86-5,22	0,0001
4 – 6 bulan, n (%)	16 (23,2)	53 (76,8)			
Jenis awal MPASI					
Tidak fortifikasi, n (%)	17 (54,8)	14 (45,2)	2,56	1,41-4,64	0,002
Fortifikasi, n (%)	12 (33,4)	44 (78,6)			

Tabel 3 menunjukkan hasil penelitian pada analisis multivariat didapatkan bahwa variabel yang paling berperan terjadinya *stunting* adalah usia awal MPASI kurang dari 4 bulan atau lebih dari 6 bulan dengan PR=8,39 (IK 95%: 2,11-33,37, p=0,003), kemudian diikuti dengan jenis awal MPASI tidak terfortifikasi dengan PR=4,57 (IK 95%: 1,45-14,41,

p=0,009), dan diikuti dengan ASI tidak eksklusif dengan PR=4,61 (IK 95%: 1,23-17,22, p=0,023).

DISKUSI

Keluhan sulit makan sering dialami pada masa anak-anak terutama masa *toddler* (usia 1-3 tahun).

Tabel 3 Analisis regresi logistik terjadinya *stunting*

Variabel	Adjusted PR	IK 95%	Nilai P
Umur	0,32	0,94-1,13	0,078
Jenis kelamin	1,14	0,37-4,74	0,817
Penghasilan orang tua rendah	1,05	0,322-3,41	0,938
Pendidikan ibu rendah	0,82	2,68-2,51	0,727
ASI tidak eksklusif	4,61	1,23-17,22	0,023
Usia awal MPASI (< 4 bulan atau > 6 bulan)	8,39	2,11-33,37	0,003
MPASI tidak terfortifikasi	4,57	1,45-14,41	0,009

Pada usia tersebut terjadi perubahan pola makan dari makanan bayi ke makanan dewasa yang sesuai dengan perkembangan keterampilan anak dalam mengkonsumsi makanan serta ruang gerak dan lingkungan yang semakin luas sehingga lebih banyak terpapar infeksi, hal tersebut secara sinergis dapat menimbulkan masalah kesulitan makan.^{4,5} Pada masa *toddler* proses perkembangan anak berkembang pesat khususnya dalam hal individual jadi diperlukan pemahaman orang tua dalam hal kemauan anak untuk makan baik waktu makan maupun variasi makanan. Keluhan sulit makan yang tidak diintervensi dengan baik dapat berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan anak dan dapat terjadi malnutrisi kronis yang menyebabkan *stunting*.⁵ Pada penelitian di Jakarta, didapatkan hubungan yang signifikan pada anak usia 1-5 tahun antara status gizi dengan kesulitan makan.⁴

Stunting merupakan kondisi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi jangka panjang. *Stunting* menurut standar WHO didasarkan pada indeks tinggi badan dibanding umur (TB/U) dengan batas (*z-score*) kurang dari -2 SD. Pada penelitian ini kami dapatkan prevalensi *stunting* pada anak dengan keluhan sulit makan sebesar 33,3%, hasil tersebut masih lebih rendah dibandingkan hasil RISKESDAS tahun 2010 dengan prevalensi *stunting* di Bali pada kelompok usia 0-23 bulan tergolong sedang yaitu sebesar 35,9%.⁸ Penelitian yang sama belum pernah dilakukan sebelumnya sehingga hasil tidak dapat dibandingkan. Pada penelitian ini didapatkan lelaki 50,6% dan perempuan 49,4%. Hasil tersebut sejalan dengan penelitian sebelumnya terhadap anak yang datang ke unit pediatri rawat jalan di Jakarta, didapatkan anak lelaki lebih banyak daripada perempuan sebesar 54%.⁴ Penyakit yang sering berulang atau penyakit kronis juga dapat menyebabkan nafsu makan menurun, meningkatkan gangguan metabolik dan meningkatkan kehilangan nutrisi pada anak sehingga berisiko terjadinya *stunting*. Faktor lain yang dapat menyebabkan kejadian *stunting* pada

anak adalah berat badan lahir rendah (BBLR) dan lahir preterm.¹⁷ Salah satu penelitian yang dilakukan di Semarang menyebutkan hasil yang signifikan pada berat badan lahir rendah dan lahir preterm sebagai faktor risiko terjadinya *stunting*.¹⁸ Sejalan dengan penelitian yang dilakukan pada 3 provinsi yaitu Bali, Jawa Barat, dan Nusa Tenggara Timur pada anak usia 0-23 bulan, didapatkan berat lahir rendah menjadi faktor risiko terjadinya *stunting*.¹⁹ Sehingga anak dengan faktor-faktor risiko tersebut tidak diikutsertakan dalam penelitian ini.

Pada penelitian ini didapatkan kejadian *stunting* tertinggi pada kelompok anak dengan riwayat pemberian ASI tidak eksklusif (47,9%) dan hasil tersebut menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara keduanya. Hasil tersebut dikaitkan pada beberapa faktor yang salah satunya adalah pemberian susu formula dengan kesalahan cara pembuatan susu formula oleh orang tua seperti tidak sesuai takaran susu yang diberikan dengan anjuran sesuai petunjuk sehingga nutrisi yang didapatkan tidak optimal, apabila hal tersebut berlangsung lama maka risiko terjadinya *stunting* dapat terjadi.^{21,22} Penelitian ini sejalan dengan penelitian di Ethiopia dengan metode *case-control* yang dilakukan pada anak usia 24 sampai 59 bulan, didapatkan risiko terjadinya *stunting* pada anak yang mendapatkan ASI kurang dari 6 bulan 5,6 kali lebih besar daripada anak yang mendapatkan ASI eksklusif.¹⁵ Hasil penelitian tersebut berbeda dengan penelitian lainnya dengan metode kohort, mendapatkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara *stunting* dengan asupan 1 tahun pertama pada pemeriksaan saat usia 6 bulan, 9 bulan dan 12 bulan.¹⁶

Pentingnya peran orang tua terhadap usaha pemberian nutrisi secara optimal sejak awal kehidupan, WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama minimal 4-6 bulan dan dilanjutkan hingga usia 2 tahun dengan tambahan makanan pendamping ASI.¹² Selain itu edukasi dari petugas kesehatan dan program-program pemerintah untuk meningkatkan pengetahuan orang tua tentang

pentingnya pemberian ASI, apabila usaha-usaha tersebut dapat dilakukan dengan baik maka diperkirakan dapat menurunkan kematian sekitar 13% pada anak-anak usia di bawah 5 tahun.^{5,20}

Usia pertama kali bayi diberikan makanan pendamping ASI sangat penting untuk diperhatikan, pengenalan cairan lain atau makanan selain ASI terutama sebelum usia 4 bulan dikaitkan dengan peningkatan risiko penyakit gastrointestinal yang dapat mengakibatkan retardasi pertumbuhan, defisiensi mikronutrien dan kerentanan terhadap berbagai penyakit infeksi dalam 2 tahun pertama kehidupan.^{21,24} Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang bermakna antara usia awal pemberian MPASI pada usia kurang dari 4 bulan atau lebih dari usia 6 bulan dengan kejadian stunting pada *toddler*. Semakin besar usia anak maka kebutuhan terhadap makanan lebih bervariasi untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangannya. Jika pengenalan makanan padat terlambat maka anak akan mengalami kesulitan dalam menerima makanan dan terhambatnya dalam perkembangan fungsi motorik oral dan apabila berlangsung lama dapat menyebabkan masalah pencernaan dan *stunting*.^{8,21}

Kegagalan pertumbuhan dapat dimulai sejak usia 6 bulan oleh karena pada usia tersebut adalah masa-masa transisi dimulainya pemberian makanan padat, pada masyarakat sering terjadi ketidakcukupan nutrisi yang dibutuhkan baik kuantitas maupun kualitas makanan.¹¹ Penelitian ini mencoba mencari hubungan jenis awal MPASI dengan *stunting* didapatkan hasil bahwa pemberian jenis makanan tidak terfortifikasi berhubungan secara signifikan terjadinya *stunting* dibandingkan pemberian makanan terfortifikasi. Makanan terfortifikasi merupakan salah satu strategi global WHO dalam mencegah terjadinya malnutrisi pada anak dengan pemenuhan nutrisi mikronutrien sesuai kebutuhan anak.¹¹ Penelitian lain yang dilakukan di Swiss dengan metode meta-analisis mendapatkan hasil berbeda yang mengemukakan bahwa makanan yang terfortifikasi tidak berhubungan dengan tinggi badan, namun efektif menurunkan anemia pada anak di negara berkembang.²⁵ Perbedaan hasil tersebut dapat terjadi oleh karena subjek dan metode yang berbeda dengan penelitian ini.

Stunting merupakan masalah masyarakat pada umumnya di negara berkembang. Terjadinya *stunting* pada awal kehidupan dapat terjadi oleh karena malnutrisi pada masa antenatal, intra-uterin dan postnatal sehingga *stunting* dihubungkan dengan penurunan fungsi kognitif dan kemampuan belajar.¹⁸ Pentingnya peran orang tua dan petugas

kesehatan dalam upaya pemenuhan nutrisi yang diperlukan anak.

SIMPULAN

Prevalensi *stunting* pada *toddler* dengan keluhan sulit makan sebesar 33%. Kejadian *stunting* berhubungan dengan riwayat pemberian ASI tidak eksklusif dan usia awal dimulainya pemberian MPASI yang lebih dini atau lebih lambat, serta berhubungan dengan pemberian MPASI yang tidak terfortifikasi pada anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Gahagan S. The development of eating behavior: biology and context. *J dev behav pediatr*. 2012;33:261-71.
- Stanislavskaja J. Behavioral feeding problems of normally developing children under 4 years of age. Electronic thesis and dissertation repository. 2014. Paper 2331.
- Linscheid T. Behavioural treatments for pediatric feeding disorders. *Behav Mod*. 2006;30:6-23.
- Soedibyo S, Mulyani RL. Kesulitan makan pada pasien: survei di unit pediatri rawat jalan. *Sari pediatri* 2009;11:79-84.
- Jones, Steketee GRW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year?. *Lancet*. 2003;362:65-71.
- Chatoor I, Ganiban J. Food refusal by young infants and children: diagnosis and treatment. *Cogn And Behav Practice*. 2003;10:138-46.
- Gonçalves JA, Moreira EAM, Trindade EBSM, Fiates GMR. Eating disorders in childhood and adolescence. *Rev paul pediatri* 2013;31:96-103.
- Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal and child nutrition*. 2013;9:27-45.
- Riset kesehatan dasar. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementerian kesehatan RI. 2013.
- Riset kesehatan dasar. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementerian kesehatan RI. 2010.
- Caulfield LE, Stephanie AR, Juan AR, Musgrove P, Black REB. Stunting, wasting, and micronutrient deficiency disorders. Disease control priorities in developing countries. 2004;28:551-67.
- World health organization. Global strategy for infant and young child feeding the optimal duration of exclusive breast feeding. Geneva. 2001.
- Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008;371:243-60.
- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane database of systematic reviews*. World Health Organization. 2012.
- Kramer M, Chalmers B, Hodnett E. Breastfeeding and infant growth: biology or bias?. *pediatr res*. 2000;47:151A.
- Teshale F, Assegid S, Dube L. Factors associated with stunting among children of age 24 to 59 months in meskan district, gurage zone, south ethiopia: a case-control study. *Bmc public health*. 2014;14(800):1-7.
- Edward AFJ. Symposium: causes and etiology of stunting. American society for nutritional sciences. *J. Nutr*. 2006;129: 529S-30S.
- Candra A, Puruhita N, Susanto JC. Risk factors of stunting among 1-2 years old children in Semarang city. 2011;45:206-12.

19. Nadiyah, Briawan D, Martianto D. Faktor risiko stunting pada anak usia 0-23 bulan di Provinsi Bali, Jawa Barat, Dan Nusa Tenggara Timur. *Jurnal gizi dan pangan*. 2014;9:125–32.
20. Steinberg C. Feeding disorders of infants, toddlers, and preschoolers. *Bc Medical journal*. 2007;49:183-86.
21. World Health Organization. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva. 2003.
22. Michaelsen KF, Hoppe C, Roos N, Kaestel P, Stougaard M, Lauritzen L, dkk. Choice of foods and ingredients for moderately malnourished children 6 months to 5 years of age. *Food and nutrition bulletin*. The united nations university. 2009;30:s343-s403.
23. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED. Promotion of breastfeeding intervention trial (probit): a cluster-randomized trial in the republic of belarus. Dalam: Koletzko, Michaelsen KF, Hernell O, penyunting. *Short and long term effects of breast feeding on child health*. New york: kluwer academic/plenum publishers. 2000:327–45.
24. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet J-P, dkk. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 months of exclusive breastfeeding. *Am j clin nutr*. 2003;78:291–5.
25. Eichler Klaus, Simon Wieser, Isabelle Rütthemann, Urs Brügger. Effects of micronutrient fortified milk and cereal food for infants and children: a systematic review. *Bmc public health* 2012;12:506.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution