

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Stunting* merupakan kondisi kronis berupa penurunan kecepatan pertumbuhan secara linier akibat malnutrisi jangka panjang. *Stunting* menurut *World Health Organization (WHO) Child Growth Standart* didasarkan pada indeks panjang badan dibanding umur (PB/U) atau tinggi badan dibanding umur (TB/U) dengan batas (z-score) kurang dari -2 SD.<sup>1,2</sup> Keadaan *stunting* pada anak dapat mengindikasikan pula terganggunya perkembangan otak dan kelainan kognisi.<sup>3</sup>

Anak usia 0-3 tahun memiliki laju pertumbuhan yang cepat,<sup>4</sup> dengan puncaknya pada 2 bulan pertama setelah kelahiran dan berangsur melambat hingga masa pubertas. Ketersediaan zat gizi harus terus terpenuhi untuk pertumbuhan anak yang optimal. Asupan nutrisi pertumbuhan diantaranya : protein, *zinc*, magnesium, fosfor, dan kalsium.<sup>3</sup>

*Stunting* pada masa balita perlu mendapat perhatian khusus. Proses pertumbuhan balita usia 2-3 tahun akan berangsur melambat sehingga peluang kejar tumbuhnya lebih rendah dibanding usia 0-2 tahun.<sup>1</sup> *Stunting* pada anak usia 2-4 tahun mudah diamati sebab angka kejadiannya yang cukup tinggi. Kejadian *stunting* merupakan akibat dari kurangnya asupan zat gizi kronis yang berlangsung dalam waktu lama, sehingga dampak dari *stunting* akan semakin nampak pada tahapan kelompok umur 24-47 bulan

dibandingkan saat dalam tahapan usia 12-24 bulan atau bahkan tahun-tahun sebelumnya.<sup>5</sup>

Indonesia termasuk dalam kelompok negara dengan tingkat prevalensi kejadian *stunting* yang tinggi dengan kisaran angka 30%-39%, sedangkan nilai batasan kejadian *stunting* yang ditetapkan yaitu sebesar 20%.<sup>2,5</sup> Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2013 menghasilkan data sebagai berikut, prevalensi kejadian balita *stunting* secara nasional adalah 37,2 %, meningkat jika dibandingkan tahun 2010 (35,6 %) dan 2007 (36,8%). Hal ini bermakna, satu dari tiga anak Indonesia menderita pertumbuhan tak maksimal dengan tinggi dibawah rata-rata. Indonesia berada di urutan ke lima dunia untuk jumlah anak dengan kondisi *stunting* serta memiliki angka prevalensi lebih tinggi daripada negara-negara di Asia Tenggara lainnya seperti Myanmar (35 %), Vietnam (23%), Thailand (16%).<sup>6</sup>

Pertumbuhan merupakan indikator yang sensitif terhadap status nutrisi anak. Pertumbuhan tak maksimal sering disebabkan oleh kualitas diet yang tidak adekuat dan dalam beberapa kasus, akibat tidak terpenuhinya asupan energi.<sup>7</sup> Kejadian *stunting* di wilayah negara berkembang atau pada populasi miskin nutrisi erat hubungannya dengan kejadian malnutrisi kronis.<sup>3</sup>

*Stunting* telah menjadi prioritas masalah kesehatan global dan perlu perhatian khusus terkait penanggulangannya.<sup>8</sup> Imbas *stunting* jangka panjang baik pada perseorangan maupun masyarakat, berupa : penurunan tingkat kognisi dan perkembangan fisik, mengurangi kapasitas beraktivitas

dan meningkatkan risiko terkena penyakit degeneratif seperti diabetes.<sup>9</sup> Indeks massa tubuh (IMT) anak *stunting* lebih mudah menjadi *overweight* setiap kenaikan berat badan. Keadaan *overweight* yang berlangsung semakin meningkatkan risiko terkena penyakit degeneratif.<sup>3</sup>

Penyebab utama *stunting* ialah retardasi pertumbuhan intrauteri, asupan gizi yang tidak mencukupi dan penyakit infeksi selama awal kehidupan.<sup>10</sup> Konsumsi zat gizi seperti energi, protein, dan seng merupakan faktor yang berpengaruh langsung terhadap proses pertumbuhan anak. Kebutuhan gizi pertumbuhan yang kurang terpenuhi dapat meningkatkan kejadian *growth faltering* (gangguan pertumbuhan) pada anak.<sup>5</sup>

Rumah tangga di Indonesia masih banyak yang mengonsumsi energi dan protein di bawah standar<sup>11</sup> yaitu sebanyak 40-50% rumah tangga mengonsumsi energi < 1500 Kkal dan 25% rumah tangga mengonsumsi protein < 70%. Hasil Riset Kesehatan Dasar yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan mengungkapkan secara nasional penduduk Indonesia yang mengonsumsi energi di bawah kebutuhan minimal (<70% dari Angka Kecukupan Gizi/AKG) sebanyak 40,7 % dan konsumsi protein dibawah kebutuhan minimal (<80% Angka Kecukupan Gizi/AKG) sebanyak 37 %.<sup>6</sup>

Protein merupakan senyawa organik yang kompleks dan berperan menyediakan energi bagi tubuh. Struktur dasar dari protein ialah rantai asam amino.<sup>12</sup> Protein tersusun atas 20 jenis asam amino berbeda yang saling berikatan. Beberapa asam amino disebut esensial sebab tidak dapat

diproduksi oleh tubuh.<sup>13</sup> Asam amino sangat dibutuhkan dalam proses pertumbuhan, sebagai katalisator proses biokimiawi dalam tubuh, pembawa, penggerak, pengatur, ekspresi genetik, *neurotransmitter*, penguat struktur, dan penguat immunitas. Susunan asam –asam amino akan membentuk suatu pola yang khas menyusun material DNA, RNA, membran sel, kreatin, hem, dan protein ekstraseluler.<sup>14,15</sup>

Makanan yang kaya protein mengandung mineral dan vitamin yang tinggi, misalnya kalsium, zat besi, vitamin A, dan vitamin B12.<sup>16</sup> Unsur-unsur tersebut diperoleh melalui tumbuh-tumbuhan atau protein nabati seperti kacang-kacangan terutama kedelai dan kacang hijau serta hasil olahannya (tempe dan tahu), dan melalui hewan atau protein hewani, seperti daging, susu, telur, dan ikan.<sup>4</sup>

Hasil analisis Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI) Provinsi Jawa Tengah 2014 menunjukkan angka konsumsi protein dimasyarakat masih didominasi protein nabati. Sumbangan protein nabati terbanyak berasal dari jenis kacang-kacangan dan hasil olahannya. Konsumsi bahan makanan dari kacang-kacangan dan hasil olahannya mencapai 87,6 gram per orang per hari. Konsumsi bahan makanan dari kacang kedelai dan hasil olahannya sendiri sebesar 83,4 gram per orang per hari.<sup>11,38</sup>

Protein hewani memiliki komposisi protein yang lebih lengkap dibandingkan protein nabati, namun di Indonesia konsumsi protein hewani masih tergolong rendah.<sup>15</sup> Harga protein hewani yang relatif tinggi menyebabkan tidak semua masyarakat Indonesia dapat mengonsumsi

protein hewani. Harga protein nabati yang murah menyebabkan lebih banyak masyarakat yang mengonsumsinya. Pola lauk pauk pada masyarakat memperlihatkan kecenderungan terhadap konsumsi produk nabati seperti tempe dan tahu.<sup>17</sup>

Protein nabati mengandung asam amino esensial tidak selengkap protein hewani. Beberapa asam amino esensial tidak terdapat atau berada pada jumlah kandungan yang kecil pada sumber pangan protein nabati sehingga disebut asam amino pembatas.<sup>16</sup> Penelitian tentang dominasi asupan protein nabati sebagai faktor risiko terhadap kejadian *stunting* belum banyak ditemukan, sehingga penulis tertarik untuk meneliti lebih lanjut berkaitan antara dominasi asupan protein nabati dengan kejadian *stunting* anak usia 2-4 tahun.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah dominasi asupan protein nabati merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 2-4 tahun?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis dominasi asupan protein nabati sebagai faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 2-4 tahun

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

**1.3.2.1** Menganalisis jenis asupan protein nabati sebagai faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 2-4 tahun

**1.3.2.2** Menganalisis tingkat pendapatan keluarga sebagai faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 2-4 tahun

**1.3.2.3** Menganalisis tingkat pendidikan ibu sebagai faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 2-4 tahun

**1.3.2.4** Menganalisis riwayat pemberian ASI sebagai faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 2-4 tahun

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat bagi ilmu pengetahuan**

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi sumbangan teoriti, metodologis, maupun praktis untuk perkembangan ilmu pengetahuan terutama dalam permasalahan *stunting* pada balita.

### **1.4.2 Manfaat bagi pelayanan kesehatan**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai faktor resiko *stunting* pada balita sehingga mampu melakukan pencegahan sejak dini

### **1.4.3 Manfaat bagi masyarakat**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat mengenai pengaruh dominasi konsumsi protein nabati terhadap kejadian *stunting* pada balita.

## 1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1. Penelitian-penelitian yang hampir serupa

No	Penelitian	Desain/Subjek	Variabel	Hasil
1	Fitrah E, Yuniar R, Yurista P; 2008; Pengaruh Asupan Protein Ibu Hamil dan Panjang Badan Bayi Lahir terhadap Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 12 Bulan di Kabupaten Bogor	Desain: follow-up study Subjek: ibu hamil usia 12-16 minggu yang diikuti setiap bulan perkembangannya hingga bayi berusia 12 bulan	Variabel bebas: asupan protein ibu hamil dan panjang badan bayi Variabel terikat: kejadian <i>stunting</i> pada anak usia 12 bulan di Kabupaten Bogor	Panjang badan lahir bayi dan asupan protein Ibu hamil merupakan faktor yang berpengaruh signifikan terhadap kejadian anak menjadi pendek pada saat anak berusia 12 bulan
2	Dewi I.A.K.C, Adhie K.T;2016; Pengaruh Konsumsi Protein dan Seng serta Riwayat Penyakit Infeksi Terhadap Kejadian	Desain: case control Subjek: 32 subjek anak usia 24-59 Bulan dengan kriteria <i>stunting</i>	Variabel bebas: konsumsi protein, konsumsi seng, riwayat	Ada pengaruh yang bermakna pada konsumsi protein, seng,

	<i>Stunting</i> Pada Anak Balita Umur 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Nusa Penida III	(z-score TB/U < -2 SD) dan 32 subjek anak usia 24-59 Bulan dengan kriteria normal (z-score TB/U $\geq$ -2 SD) sebagai control	penyakit infeksi  Variabel terikat: kejadian stunting	dan riwayat penyakit infeksi terhadap kejadian stunting pada anak usia 24-59 Bulan
3	Irma A; 2014; Perbedaan Tingkat Asupan Energi, Protein dan Zat Gizi Mikro (Besi, Vitamin A, Seng) antara Anak SD <i>Stunting</i> dan <i>Non Stunting</i> di Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo	Desain: cross sectional  Subjek: 32 anak SD <i>stunting</i> dan 32 anak SD non <i>stunting</i>	Variabel bebas: Tingkat Asupan Energi, Protein dan Zat Gizi Mikro (Besi, Vitamin A, Seng)  Variabel terikat: Kejadian <i>stunting</i>	Ada perbedaan asupan energi, protein dan zat gizi mikro (Fe, vitamin A dan Zn) antara anak SD <i>stunting</i> dan non <i>stunting</i> di wilayah Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo
4	Hermi, Prihatini S; 2011; Gambaran Keragaman Makanan dan	Desain: deskriptif analitik	Variabel bebas : Data konsumsi bahan	Jumlah anak balita pendek (24-59 bulan) yang



---

<p>Sumbangannya Terhadap Konsumsi Energi Protein Pada Anak Balita Pendek (<i>Stunting</i>) di Indonesia</p>	<p>Subjek: Anak balita umur 24-59 bulan, yang mempunyai data lengkap status gizi dan data konsumsi gizi yang mencakup 33 provinsi di Indonesia. Jumlah sampel anak balita umur 2459 bulan dalam Riskesdas 2010 berjumlah 11.690 anak, namun yang datanya lengkap</p>	<p>makanan dari kuisisioner RKD1.O.GIZI</p> <p>Variabel terikat : Konsumsi energi protein</p>	<p>mengalami defisit energi lebih banyak (31,5%) dibandingkan dengan anak balita yang normal (24,9%). Demikian juga anak balita pendek yang mengalami defisit protein lebih banyak (23,0%) dibandingkan dengan anak balita yang normal (17,5%). Perbedaan defisit energi dan protein pada anak balita cukup bermakna menurut status gizi</p>
---	--	---	--

---

Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yaitu dari segi subyek penelitian yaitu balita usia 2-4 tahun. Disamping itu, variabel bebas pada penelitian ini adalah asupan protein nabati, berbeda dari penelitian-penelitian sebelumnya. Tempat pelaksanaan penelitian ini adalah wilayah kerja Puskesmas Rowosari, Semarang.