

Hubungan BBLR dengan Stunting pada Anak Usia 1-5 di Dusun III Riau

Fine Mariana Butar-Butar^{1*}, Dessy Ratna Sari Sembiring², Ninsah Mandala Putri Sembiring³

STIKes Mitra Husada Medan, Indonesia

Email : ^{1*}fineborbut@gmail.com, ²sembiring28dessy@gmail.com, ³ninsahputri@yahoo.co.id

Email Coressponding Author: fineborbut@gmail.com

Abstrak- Stunting merupakan suatu keadaan dimana tinggi badan anak yang terlalu rendah dua standar deviasi (<-2SD) dari tabel status gizi WHO child growth standard (WHO, 2012). Tujuan ini untuk mengetahui adanya Hubungan berat badan lahir rendah (BBLR) dengan kejadian stunting. Desain penelitian yang digunakan adalah analitik dengan pendekatan case control study. Populasidalam penelitian ini adalah seluruh balita di Desa Kelurahan Kemenangan Tani sebanyak 287 balita. Tehnik pengambilan sampel yang digunakan simple random samling, dengan jumlah sampel sebanyak 74 balita, dengan 38 balita kasus dan 38 balita kontrol. Pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi. Analisa data menggunakan uji Chi square dengan $\alpha=0,05$. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa nilai berat badan lahir rendah (BBLR) kasus 22 (57,9%) dan yang tidak menderita BBLR adalah 16 (42,1%). Sedangkan nilai berat badan lahir rendah (BBLR) kontrol adalah 6 (15,8%) yang BBLR dan yang tidak BBLR sejumlah 32 responden (84,2%). Analisis uji statistik dengan menggunakan chi-square didapatkan nilai p value $0,00 \leq 0,05$ dan OR 7,333 yang menunjukan bahwa adanya hubungan berat badan lahir rendah (BBLR) dengan kejadian stunting pada anak usia 1-5 tahun di Desa Ketandan. Kesimpulan Balita yang menderita berat badan lahir rendah (BBLR) memiliki resiko 7,333 lebih besar untuk mengalami stunting dibandingkan balita yang mengalami BBLR. Disarankan kepada ibu untuk memberikan asupan nutrisi yang bergizi kepada balita.

Kata Kunci: Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), *Stunting*, Balita.

Abstract- Stunting is a condition where the child's height is too low minus two standard deviations (<-2SD) from the WHO child growth standard nutritional status table (WHO, 2012). This purpose was to determine the relationship between low birth weight (LBW) and the incidence of stunting. The research design used is analytic with a case control study approach. The population in this study were all children under five in the village of Kemenangan Tani as many as 287 toddlers. The sampling technique used was simple random sampling, with a total sample of 74 toddlers, 38 cases and 38 controls. Collecting data using observation sheets. Data analysis using Chi square test with $\alpha = 0.05$. The results of this study indicate that the value of low birth weight (LBW) in case 22 (57.9%) and those who do not suffer from LBW are 16 (42.1%). Meanwhile, the control value of low birth weight (LBW) was 6 (15.8%) who were LBW and those who were not LBW were 32 respondents (84.2%). Statistical test analysis using chi-square obtained p value $0.00 \leq 0.05$ and OR 7.333 which indicate that there is a relationship between low birth weight (LBW) and the incidence of stunting in children aged 1-5 years in Ketandan Village. Conclusion Toddlers who suffer from low birth weight (LBW) have a 7,333 greater risk of experiencing stunting than toddlers who experience LBW. It is recommended for mothers to provide nutritious nutritional intake to toddlers.

Keywords: Low Birth Weight (LBW), Stunting, Toddler

1. PENDAHULUAN

Balita adalah individu atau sekelompok individu dari suatu penduduk yang berada dalam rentan usia tertentu. Usia balita dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan yaitu golongan usia bayi (0-2 tahun), golongan batita (2-3 tahun), dan golongan pra sekolah (>3-5 tahun). Adapun menurut WHO, kelompok usia balita adalah 0-60 bulan (Andriani dan Wirjadmadi, 2012).

Stunting adalah masalah gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. WHO mengartikan *stunting* adalah keadaan tubuh yang sangat pendek hingga melampaui defisit 2 SD dibawah median panjang atau tinggi badan populasi yang menjadi referensi internasional. Keadaan ini terjadi akibat dari faktor lingkungan dan faktor manusia (*host*) yang didukung oleh kekurangan asupan zat-zat gizi (Rudert, 2014).

Dampak dari kekurangan gizi pada awal kehidupan anak akan berlanjut dalam setiap siklus hidup manusia. Wanita usia subur (WUS) dan ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronis (KEK)

akan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Ini akan berlanjut menjadibalita gizi kurang (*stunting*) dan ke usia anak sekolah dengan berbagai konsekuensinya. Kekurangan gizi/*stunting* terhadap perkembangan otak sangat merugikan *performance* anak. Perkembangan otak anak di masa *golden period* (0 – 3 tahun), akan menyebabkan sel otak tidak tumbuh sempurna. Hal ini disebabkan karena 90% jumlah sel otak terbentuk semenjak masa dalam kandungan sampai usia 2 tahun. Apabila gangguan tersebut terus berlangsung maka akan terjadi penurunan skor tes IQ sebesar 10-13 point. Penurunan perkembangan IQ tersebut akan mengakibatkan terjadinya *loss generation*, artinya anak-anak tersebut akan menjadi beban masyarakat dan pemerintah, karena terbukti keluarga dan pemerintah harus mengeluarkan biaya kesehatan yang tinggi akibatarganya mudah sakit (Supriasa, 2002).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di beberapa posyandu di Bpm Fine Butar Butar Dusun Iii Pasir Putih Tambusai Utara Riau yang mempengaruhi faktor BBLR setelah saya mengikuti dalam acara di 3 posyandu rata-rata faktor yang mempengaruhi BBLR ada 2 yaitu yang pertama ada faktor ibu antara lain umur ibu yang <20 tahun atau >35 tahun, jarak kelahiran, Riwayat BBLR sebelumnya, mempunyai penyakit kronis seperti anemia, hipertensi, diabetes militus. Untuk faktor yang kedua adalah Faktor sosial ekonomi antara lain pendapatan rendah, pekerjaan fisik yang berat, kurangnya pemeriksaan kehamilan.

Berdasarkan uraian yang telah di paparkan, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan berat badan lahir rendah (BBLR) dengan kejadian *stunting* pada anak usia 1-5 tahun.

2. KERANGKA TEORI

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei di salah satu wilayah kerja BPM Fine Butar-Butar tahun 2023. Dalam penelitian ini penulis menggunakan teknik pengambilan sampel dengan menggunakan total sampling. Total sampling adalah pengambilan sampel yang sama dengan jumlah populasi yang ada (Arikunto, 2006). Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah kuesioner yang terdiri dari nama anak, pekerjaan ibu, pendidikan ibu, BB lahir anak, panjang badan lahir anak, riwayat ASI eksklusif, riwayat imunisasi lengkap. Sehingga jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 38 responden.

3. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini termasuk penelitian kuantitatif yaitu penelitian dengan memperoleh data yang berbentuk angka atau data kualitatif yang diangkakan (Sugiyono, 2013). Desain penelitian ini menggunakan *case control* bahwa penelitian ini akan menghubungkan kasus *stunting* pada balita apa ada riwayat BBLR atau tidak.

Populasi dalam penelitian ini adalah balita *stunting* di 5 posyandu sebanyak 287 balita, Sampel dalam penelitian ini sebagian balita sebanyak 78 anak, Hasil perhitungan dengan rumus di atas diperoleh sampel minimum untuk penelitian ini adalah 38 sampel. Jadi, jumlah sampel kasus dalam penelitian ini adalah 38 balita. Rasio kasus dan kontrol adalah 1:1. Jadi, total sampel menjadi 76 responden, yang terdiri dari 38 kasus dan 38 kontrol.

Tabel 1. Data Usia

Umur (Bulan)	Stunting		Tidak Stunting		Jumlah	%
	F	%	F	%		
12-24 bulan	11	28.9	12	31.6	2	30.3
25-36 bulan	12	31.6	10	26.3	22	28.9
37-48 bulan	9	23.7	11	28.9	20	26.3
49-60 bulan	6	15.8	5	13.2	11	14.5
Jumlah	38	100.0	38	100.0	76	100.0

4. HASIL

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di Desa Kelurahan Kemenangan Tani dapat dilihat pada table.2 dibawah ini:

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Balita

Jenis Kelamin	Variabel				Jumlah	%
	Kasus		Kontrol			
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Laki-laki	16	42,1	20	52,6	38	50,0
Perempuan	22	57,9	18	47,8	38	50,0
Jumlah	38	100,0	38	100,0	76	100,0

Berdasarkan tabel 2 di atas dapat diketahui bahwa dari kelompok kasus terbanyak pada balita perempuan sebanyak 22 (57,9%), dan sebagian kecil adalah terjadi pada balita Laki-laki sebanyak 16 (42,1%). Sedangkan untuk kelompok kontrol terbanyak terjadi pada balita laki-laki sebanyak 20 (52,6%) dan sebagian kecil terjadi pada balita perempuan sebanyak 18 (47,8%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Tinggi Badan Balita

Tinggi Badan (Cm)	Stunting		Tidak Stunting		Jumlah	%
	F	%	F	%		
60-70 Cm	2	5,3	0	0	2	2,6
71-80 Cm	10	26,3	3	7,9	13	17,1
81-90 Cm	18	47,4	10	26,3	28	36,8
91-100 Cm	8	21,1	20	52,6	28	36,8
101-110 Cm	0	0	5	13,2	5	6,6
Jumlah	38	100,0	38	100,0	76	100,0

Berdasarkan tabel 3 di atas dapat diketahui bahwa dari kelompok kasus terbanyak terjadi pada Tinggi badan 81-90 cm sebanyak 18 (47,4%) balita, dan sebagian kecil adalah terjadi pada tinggi badan 101-110 cm yaitu sebesar 0 (0%). Sedangkan untuk kelompok kontrol sebagian besar terjadi pada tinggi badan 91-100 cm sebanyak 20 (52,6%) balita dan sebagian kecil terjadi pada tinggi badan 60-70 cm adalah sejumlah 0 (0%).

Setelah mengetahui data umum atau karakteristik responden dalam penelitian ini, maka berikutnya ditampilkan data hasil penelitian yang terkait dengan data khusus yang meliputi Berat bayi lahir, kejadian *stunting* pada balita dan hubungan BBLR dengan kejadian *stunting* pada balita dalam bentuk tabel distribusi frekuensi serta tabulasi silang tentang variabel independen dan dependen.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi BBLR

BBLR	Kelompok Kasus		Kelompok Kontrol	
	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
BBLR	22	57,9	6	15,8
TIDAK BBLR	16	42,1	32	84,2
Jumlah	38	100,0	38	100,0

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa dari kelompok kasus sebagian besar ada 22 balita (57,9%) mengalami BBLR dan sebagian kecil ada 16 balita (42,1%) tidak mengalami BBLR.

Sedangkan kelompok kontrol yang tidak BBLR sebagian besar ada 32 balita (84,2%) dan sebagian kecil yang mengalami BBLR sebesar 6 balita (15,8%).

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Stunting

BBLR	Kelompok Kasus		Kelompok Kontrol	
	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
BBLR	38	100 %	0	0
Tidak BBLR	0	0	38	100%
Total	38	100,0	38	100,0

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa dari kelompok kasus terbanyak ada 38(100%). Sedangkan dalam kelompok kontrol terbanyak 38 (100%) dan sebagian kecil sebanyak 0 (0%). Karakteristik dari hasil tabulasi silang antara BBLR dengan kejadian *stunting* akan disajikan dalam tabel 6 yang ada di bawah ini:

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Hubungan BBLR dengan Kejadian *Stunting*

BBLR	<i>Kejadian Stunting</i>				Jumlah	%
	<i>Stunting</i>		<i>Tidak Stunting</i>			
	Jumlah	%	Jumlah	%		
BBLR	22	57,9	6	15,8	28	36,8
TIDAK BBLR	16	42,1	32	84,2	48	63,2
Jumlah	38	100,0	38	100,0	76	100,0
OR	7.333					
CI	2.480-21.680					
P	0.00					

Berdasarkan tabel 6 dapat diketahui bahwa sebagian besar yang mengalami BBLR dan juga *stunting* sebanyak 22 (57,9%) dan sebagian kecil yang mengalami BBLR tetapi tidak *stunting* ada 6 (15,8%). Sedangkan sebagian besar yang tidak mengalami BBLR tetapi *stunting* sebanyak 16 (42,1%) dan sebagian kecil yang tidak mengalami BBLR dan juga tidak *stunting* sebanyak 32 (84,2%).

Pengolahan data untuk mengetahui hubungan BBLR dengan kejadian *stunting* pada anak usia 1-5 tahun adalah menggunakan Uji *Chi Square*. Uji ini digunakan untuk membuktikan hipotesis yaitu ada tidaknya hubungan BBLR dengan kejadian *stunting* pada anak usia 1- 5 tahun di Desa Ketandan Dagangan Madiun. Berdasarkan hasil uji *Chi Square* dengan nilai *continuity correction* didapatkan nilai $p = 0,00 < \alpha = 0,05$, maka dapat dikatakan ada hubungan BBLR dengan kejadian *stunting* pada anak usia 1-5 tahun di Desa Kelurahan Kemenangan Tani. Sesuai hasil tabel diatas, hasil nilai OR sebesar 7.333 maka dapat disimpulkan bahwa riwayat BBLR memiliki resiko 7.333 lebih besar untuk mengalami *stunting* dibanding balita yang mengalami BBLR.

Berdasarkan Hasil penelitian yang dilakukan pada 76 responden di BPM Fine Butar Butar Dusun III Pasir Putih Tambusai Utara Riau pada kelompok kasus *stunting* sejumlah 22 responden (57,9%) yang BBLR dan yang tidak BBLR sejumlah 16 responden (42,1%). Sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 6 responden (15,8%) yang BBLR dan yang tidak BBLR sejumlah 32 responden (84,2%).

5. KESIMPULAN

Kesimpulan yang dapat diambil pada penelitian ini adalah sebagai berikut: Berat badan lahir rendah (BBLR) di Bpm Fine Butar Butar Dusun III Pasir Putih Tambusai Utara Riau sebagian besar ada 22(57,9%) balita. Kejadian *stunting* di Bpm Fine Butar Butar Dusun Iii Pasir Putih Tambusai Utara Riau Tani sebagian besar adalah 38 (100%) balita. Ada hubungan BBLR dengan Kejadian *stunting* pada balita di Bpm Fine Butar Butar Dusun Iii Pasir Putih Tambusai Utara Riau dengan nilai p value 0,00 Nilai OR sebesar 7,333.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, Dedi zaenal, Indasari, Sri yusnita, Sukandar, Hadyana. 2013. *Analisis Sebaran dan FaktorResiko Stunting Pada Balita di Kabupaten Purwakarta*. Epidemiologi Komunitas
- Almatsier, S.2011. Prinsip Ilmu Gizi. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Andriani, Marryana, Wiratmadji. 2012. Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan. Jakarta: Kencana.
- Anugraheni, HS. 2011. Faktor Resiko Kejadian Stunting Pada Anak Usia 12-36 Bulan di Kecamatan Pati. Artikel Penelitian Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
- Amin, A.M. 2013. Hubungan Pola Asuh dan Asupan Gizi terhadap Status Gizi Anak Usia 6-12 Bulan Pada Daerah Pesisir Pantai di Kelurahan Mangempang Kecamatan Barru Kabupaten Barru, Tesis. UGM: Yogyakarta.
- Andriani M, dan wirjatmadi B. 2012. Pengantar Gizi Masyarakat. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Bappenas RI. (2013). Kerangka Kebijakan Gerakan Sadar Gizi dalam Rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK). BAPPENAS.
- Depkes RI. 2009. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Dasar.
- Barker. 2008. Cultur Studyes Theory dan Praktik (diIndonesiakan nurhadi). Yogyakarta: Kreasi Wacan.
- Direktorat Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. 2012. Keputusan Menteri Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI: 2011.