

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kemajuan besar di seluruh dunia dalam mengurangi angka kematian anak sejak tahun 1990, dimana jumlah kematian anak bawah lima tahun (balita) telah menurun dari 12,7 juta pada tahun 1990 menjadi 5,9 juta pada tahun 2015 atau 35.000 kematian anak setiap hari pada tahun 1990 menurun menjadi 16.000 pada tahun 2015. Secara global, angka kematian balita ini telah menurun 53%, dari 91 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 43 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Penurunan angka kematian balita rata-rata per tahun telah dipercepat dari 1,8% selama periode 1990-2000 menjadi 3,9% untuk 2000-2015, namun tetap tidak cukup untuk mencapai MDG 4. Dengan berakhirnya era MDGs, masyarakat Internasional menyepakati kerangka baru Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) dimana semua negara harus berupaya menurunkan angka kematian balita di atas 25 per 1000 kelahiran hidup. Saat ini, 79 negara memiliki angka kematian balita di atas 25 dan 47 negara tidak akan memenuhi target SDGs pada tahun 2030 jika negara tersebut tidak mengurangi angka kematian balita. Asia Selatan (*South Asia Regions*) memiliki angka kematian balita 51 per 1000 kelahiran hidup dan Asia Tenggara (*South-East Asia Regions*) 27 per 1000 kelahiran hidup, angka kematian anak terbesar di dunia sesudah Afrika (WHO, 2015).

Menurut UNICEF dan WHO (2016: 13) gizi merupakan faktor utama kematian anak, penyakit dan kecacatan. Faktor yang berhubungan dengan gizi berkontribusi sekitar 45% dari kematian balita, diantaranya berat badan lahir rendah, kurang gizi, anak yang tidak diberi Air Susu Ibu (non ASI) dan lingkungan tidak sehat. Anak kurang gizi memiliki risiko kematian lebih tinggi akibat infeksi penyakit, seperti diare, pneumonia dan campak. Pertumbuhan terhambat pada janin menyebabkan 12% kematian neonatal, sementara *stunting* (kependekan) dan *wasting* (kekurusan) menyumbangkan 14% dan 20,4% sebagai penyebab kematian balita. Data WHO 2015 menjelaskan bahwa pneumonia dan diare merupakan penyebab kematian terbesar pada balita di dunia. *South Asia Regions* menempati posisi nomor satu kejadian pneumonia sebesar 28,0% dan

diare 20,8%, *South East Asia Regions* nomor dua (pneumonia 27,4% dan diare 12,7%). Angka ini sedikit turun dibandingkan tahun 2000 dimana pneumonia 31,3% dan diare 24,9% pada *South Asia Regions*, 28,4% dan 19,3% pada *South East Asia Regions* (WHO, 2015).

Stunting (kependekan) pada balita merupakan salah satu bentuk kurang gizi. UNICEF membuat peta zona kekurangan gizi berdasarkan prevalensi gizi kurang, *stunting* dan *wasting* terdiri dari zona biru dengan prevalensi <16%, zona hijau dengan rentang prevalensi 16-30%, zona merah muda dengan rentang prevalensi 31-45% dan zona merah hati untuk prevalensi >45%. Zona kurang gizi dapat dilihat pada beberapa negara Asia terutama *South Asia Regions* dengan prevalensi *stunting* tertinggi (>45%) yaitu tahun 1980 sebesar 49% dan tahun 2000 sebesar 52%, diikuti dengan *African Regions* dan *South-East Asia Regions* dengan rentang prevalensi 31-45%. Sedangkan negara Eropa, Jepang, Australia, AS dan Kanada merupakan negara yang prevalensi gizi kurangnya selalu rendah sejak tahun tersebut yaitu <5% (Gibney, M.J., *et al.*, 2008: 221).

Berdasarkan global database *World Bank* 2016 tentang *Child Malnutrition Estimates*, tahun 2013 terdapat sepuluh negara mempunyai prevalensi *stunting* >30,0%. Peringkat pertama yaitu *Africans Regions*, selanjutnya *South Asia Regions* dan *South-East Asia Regions*. Penyumbang jumlah *stunting* terbanyak dari *Africans Regions* adalah Republik Kongo 42,6%, diikuti oleh Zambia 40,0%, Sierra Leone 37,9%, Republik Tanzania 37,1%, Nigeria 36,4% dan Liberia 32,1%. Afghanistan merupakan negara penyumbang *stunting* terbesar untuk *South Asia Regions* yaitu 40,9%, diikuti Bangladesh 38,7%. Indonesia menempati peringkat pertama prevalensi *stunting* dari *South-East Asia Regions* yaitu 36,4% dan Filipina 30,3%. Dibandingkan tahun 2007, *South-East Asia Regions* (Timor Leste 53,9%) menempati nomor 1 dengan prevalensi *stunting* terbesar di dunia, disusul *South Asia Regions* menempati nomor 4 yaitu Bangladesh 43,2%. Hal ini menggambarkan bahwa sebagian besar *stunting* terjadi di Asia terutama kawasan Asia Selatan dan Asia Tenggara, tetapi tidak setinggi Afrika. *Stunting* ini menjadi masalah kesehatan masyarakat hampir di semua negara berkembang dan merupakan masalah global yang dihadapi banyak negara di dunia.

UNICEF (1998: 24-29) mengembangkan konsep bahwa masalah kurang gizi disebabkan oleh penyebab langsung, pokok masalah tingkat rumah tangga dan akar masalah. Kurang gizi secara langsung disebabkan oleh kurangnya konsumsi makanan dan adanya penyakit infeksi. Pada tingkat rumah tangga, kurang gizi disebabkan oleh rendahnya ketahanan pangan rumah tangga, perawatan ibu dan anak tidak memadai, praktik pemberian makanan dan perilaku, air yang buruk, sanitasi lingkungan dan pelayanan kesehatan tidak memadai. Perawatan penting bagi anak meliputi pengasuhan pemberian makan, kesehatan, kebersihan, stimulasi kognitif, dan praktik menyusui, sedangkan bagi ibu adalah perawatan selama kehamilan (*antenatal care*) dan menyusui. Kemiskinan merupakan penyebab pokok akar masalah kurang gizi dikaitkan dengan pendapatan, dimana makin kecil pendapatan penduduk, makin tinggi persentase anak kurang gizi. Rendahnya tingkat pendapatan keluarga, berdampak terhadap rendahnya daya beli keluarga tersebut, sehingga mempengaruhi kualitas dan kuantitas makanan yang tersedia dalam rumah tangga dan pada akhirnya mempengaruhi asupan zat gizi.

WHO (2013) lebih komprehensif menguraikan dampak dan penyebab *stunting* secara langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung *stunting* berkaitan dengan penyakit infeksi, praktik menyusui, ketersediaan makanan, serta lingkungan rumah tangga dan keluarga (faktor ibu dan lingkungan rumah). Faktor ibu berupa gizi buruk selama prekonsepsi, kehamilan dan menyusui, ibu pendek, infeksi, hamil saat remaja, kesehatan mental, *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR) dan prematur, jarak kehamilan yang pendek serta hipertensi. Faktor lingkungan berupa rendahnya ketahanan pangan rumah tangga, kurangnya stimulasi perkembangan balita, perawatan balita yang buruk, sanitasi dan sarana air bersih tidak memadai dan rendahnya pengetahuan gizi ibu.

Berdasarkan konsep UNICEF (1998) dan WHO (2013) telah banyak dilakukan penelitian terkait kejadian *stunting* pada balita. Penyebab utama *stunting* diketahui sejak awal adalah karena defisiensi zat gizi makro seperti energi dan protein. Selain zat gizi makro, kekurangan zat gizi mikro tunggal seperti zinc dibuktikan berperan terhadap defisit pertumbuhan (Beaton GH dan Ghasserni H, 1982 dalam Lamid, 2015: 33). Bening, S., A. Margawati and

A. Rosidi di Indonesia tahun 2016 menemukan rendahnya asupan zat gizi mikro seperti zinc, vitamin C dan besi dalam makanan sebagai faktor risiko terjadinya *stunting* pada balita. Kekurangan zat gizi makro dan mikro ini disebabkan oleh konsumsi makanan yang tidak cukup berlangsung lama dan berhubungan dengan rendahnya ketahanan pangan di tingkat rumah tangga (Osei, A, *et al.*, 2010).

Selanjutnya juga ditemukan secara signifikan *stunting* meningkat karena diare, Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), berat badan lahir rendah (BBLR) dan tidak ASI eksklusif. Penelitian ini menunjukkan efek positif menyusui dan efek negatif asupan energi berasal dari makanan tambahan selama tahun pertama. Menyusui memberikan nutrisi penting untuk pertumbuhan dan melindungi dari morbiditas diare melalui faktor imun serta mengurangi konsumsi makanan berpotensi terkontaminasi dengan pathogen (Adair *and* Guilkey, 1997: 314-320, Hien, N.N *and* S.Kam, 2007: 235-236). Menurut Lancet 2010, pemberian ASI eksklusif dapat menurunkan kematian bayi sebesar 13% dan dapat menurunkan prevalensi balita pendek.

Pelayanan *antenatal care* dan ibu dengan perawakan tinggi secara signifikan menurunkan *stunting* (Adair *and* Guilkey, 1997: 314-320, Torlesse, H, *et al.*, 2011: 6). Sedangkan status gizi ibu yang buruk selama pre konsepsi dan kehamilan merupakan faktor risiko *stunting*, karena pertumbuhan janin dan berat badan anak yang dilahirkan sangat dipengaruhi oleh status gizi ibu hamil (Aguayo *and* Menon, 2012: 133, Ansari, *et al.*, 2000: 122).

UNICEF (1998: 34) mengemukakan bahwa anak pendek usia bawah dua tahun tanpa diberikan perbaikan gizi, kurang akses terhadap pelayanan kesehatan dan kurangnya asupan makanan, dikemudian hari akan berkembang menjadi remaja perempuan atau lebih lanjut menjadi wanita hamil pendek. Apabila faktor lingkungan tidak mendukung maka status gizi pendek dapat diwariskan pada bayi yang dilahirkan. Banyak penelitian membuktikan ibu hamil yang kurang energi kronis (KEK) atau ibu pendek berisiko melahirkan bayi dengan BBLR. Demikian juga bayi BBLR cenderung berisiko menjadi anak bawah dua tahun yang pendek. Demikian seterusnya, siklus tersebut berulang.

Selain faktor di atas, sumber air minum yang buruk dalam rumah tangga juga faktor penyebab terjadinya *stunting* pada balita (Torlesse, H, *et al.*, 2011: 6, Hien, N.N and S.Kam, 2007: 235). UNICEF (2015) menyatakan bahwa di negara berkembang, air yang tidak aman dan sanitasi yang buruk dan kebersihan berdampak pada gizi, pertumbuhan dan perkembangan anak melalui serangan berulang dari diare, infeksi parasit atau cacing.

Tiwari, R., L.M. Ausman and K.E. Agho (2014: 4) di Nepal menemukan prevalensi *stunting* linier terkait dengan status ekonomi rumah tangga dimana lebih tinggi pada anak dari rumah tangga miskin (45,9%) dibandingkan anak dari rumah tangga kaya (30,9%) dan juga lebih tinggi di daerah pedesaan (91,1%) dibandingkan dengan perkotaan (8,9%). Namun ACF dan IRIS (2016: 7-10) mengemukakan bahwa di Philipina kemiskinan terpusat di perkotaan, dimana Philipina adalah salah satu negara urbanisasi paling cepat di Asia tahun 2015 dan setengah penduduknya tinggal di pusat perkotaan serta menghasilkan populasi kumuh terbesar di dunia (lebih dari 4 juta orang, termasuk 1,7 juta anak-anak). Mereka hidup dalam kemiskinan perkotaan kronis dan setiap harinya berhadapan dengan risiko fisik, ekonomi, sosial, hukum dan lingkungan.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* tersebut, sebagian besar terdapat pada negara Asia sebagai negara berkembang (berpenghasilan menengah kebawah) dan mayoritas orang miskin di dunia berada di Asia. Hal ini disebabkan karena sebagian besar penduduk dunia berada di Asia dan terkonsentrasi di Asia Selatan dan Asia Tenggara (*World-Poverty*, 2015). Wilayah Asia khususnya Asia Selatan dan Asia Tenggara cenderung mengalami peningkatan masalah gizi terutama kejadian *stunting* pada balita yang mengindikasikan telah terjadi keadaan kurang gizi secara kronis dan/atau berulang sejak usia dini. Ini menjadi masalah kesehatan masyarakat hampir di semua negara berkembang dan merupakan masalah global yang dihadapi banyak negara di dunia. Dampak kependekan pada usia bawah dua tahun dapat menurunkan kecerdasan, meningkatkan morbiditas dan mortalitas, menurunkan produktivitas serta dapat diwariskan (intergenerasi) pada usia dewasa, wanita hamil, dan setiap tahapan dalam siklus kehidupan (WHO, 2006:1-2).

Dalam melakukan prospek penanggulangan *stunting* dan mencapai target WHA (*World Health Assembly*) pada tahun 2025 menurunkan prevalensi *stunting* sebesar 40% di semua negara, prinsip *evidence based* sangat penting diterapkan dan dibutuhkan beberapa penelitian karena satu penelitian saja tidak cukup untuk digeneralisasikan ke populasi. Oleh karena itu diperlukan adanya penarikan kesimpulan yang dapat digunakan sebagai langkah penting dalam memutus lingkaran setan malnutrisi antargenerasi, penyakit kronis dan kemiskinan. Pendekatan ini dikenal dengan meta analisis, yaitu suatu teknik analisis statistika untuk menggabungkan dua atau lebih penelitian dengan tujuan untuk mengidentifikasi, menilai dan menggabungkan hasil dari penelitian yang relevan untuk mencapai sebuah kesimpulan lebih kuat (Anwar, 2005:2). Dalam beberapa dekade terakhir, meta analisis yang awalnya digunakan dalam penelitian klinis, mulai digunakan pada penelitian observasional, dan untuk membantu peneliti telah disusun sebuah protokol yang disebut sebagai *Meta analysis of Observational Studies in Epidemiology* (MOOSE) (Stroup, 2000: 2008).

Penelitian meta analisis Charmarbagwala *et al.* (2003) menemukan bahwa penurunan kejadian *stunting* pada balita dapat dicapai dengan mengurangi kemiskinan, peningkatan sanitasi dan air bersih, ASI eksklusif dan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan *antenatal care*. Prendegast and Humphrey (2014) mengemukakan bahwa faktor lingkungan seperti status gizi ibu, praktik pemberian makan, kebersihan dan sanitasi, frekuensi infeksi dan akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan faktor penentu pertumbuhan dalam 2 tahun pertama kehidupan. Akombi, B.J., *et al.* (2017) dalam penelitiannya menemukan *stunting* tertinggi di Burundi (57,7%) dan Malawi (47,1%), dengan penyebab langsung adalah akses makanan yang tidak memadai, kemiskinan, stresor lingkungan dan konflik. Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai, **"Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita di Asia Selatan dan Asia Tenggara"**.

B. Perumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian ini adalah: apa saja faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada Balita di Asia Selatan dan Asia Tenggara?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui telaah sistematis, ukuran efek (*effect size*) dan estimasi efek gabungan (*pooled odds ratio*) dari penelitian publikasi internasional tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada Balita di Asia Selatan dan Asia Tenggara.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui telaah sistematis penelitian publikasi internasional tentang faktor-faktor yang berhubungan (penyakit infeksi, ketahanan pangan rumah tangga, berat badan lahir, ASI eksklusif, pelayanan *antenatal care*, status gizi ibu, tinggi badan ibu, sumber air minum, status ekonomi dan wilayah tempat tinggal) dengan kejadian *stunting* pada Balita di Asia Selatan dan Asia Tenggara.
- b. Mengetahui ukuran efek (*effect size*) dan estimasi efek gabungan (*pooled odds ratio*) penelitian publikasi internasional tentang faktor-faktor yang berhubungan (penyakit infeksi, ketahanan pangan rumah tangga, berat badan lahir, ASI eksklusif, pelayanan *antenatal care*, status gizi ibu, tinggi badan ibu, sumber air minum, status ekonomi dan wilayah tempat tinggal) dengan kejadian *stunting* pada Balita di Asia Selatan dan Asia Tenggara.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan masukan serta sumbang pikiran dalam pengembangan ilmu pengetahuan bidang kesehatan masyarakat mengenai faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita di Asia Selatan dan Asia Tenggara serta referensi bagi penelitian selanjutnya.

2. Aspek Praktis

- a. Menambah wawasan dan mengaplikasikan ilmu yang penulis dapatkan selama pendidikan.
- b. Bahan masukan bagi masyarakat dan pengambil keputusan bidang kesehatan untuk perbaikan gizi di masa mendatang dan menyusun kebijakan terkait masalah kesehatan balita.