

## ANALISIS GANGGUAN PERTUMBUHAN BATITA BERDASARKAN ANTROPOMETRI DI WILAYAH CILACAP TENGAH

Tri Budiarti<sup>1</sup>, Titin Kartiyani<sup>2</sup>, Susanti<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitas Al-Irsyad, Cilacap, Indonesia

<sup>2,3</sup>Universitas Al-Irsyad, Cilacap, Indonesia  
tribudiarti01@gmail.com

**Abstract:** *Infancy and toddlerhood even since in the womb are a golden period. If in infancy and toddlerhood, the growth and development of toddlers is not properly monitored and is impaired, it is likely that it will not be able to be repaired in the next period. Therefore, it is necessary to carry out routine growth monitoring on the growth of toddlers so that they can be detected if there are growth irregularities. In the area of Cilacap Tengah 1 Public Health Center, there were 122 cases of malnutrition, and 8 cases of malnutrition. Malnutrition data collection in Cilacap Regency is based on 2 categories, namely the indicator comparing weight with age (BB/U) and the second category is comparing weight with height (BB/TB). This study aims to determine the analysis of growth disorders based on anthropometry. The research method used a cross sectional design with a simple random sampling technique using primary and secondary data at the Posyandu in the Central Cilacap Region as many as 57 parents who had children according to the criteria. Furthermore, the data were analyzed using the chi square test and it was concluded that only infection had a relationship with growth disorders. Meanwhile, nutritional intake, parenting, stimulation, the economy of parents, and the environment have no relationship with growth disorders.*

**Keywords:** *growth disorders, anthropometry*

**Abstrak:** Masa bayi dan balita bahkan sejak dalam kandungan adalah periode emas. Jika pada masa bayi dan balita, pertumbuhan dan perkembangan balita tidak dipantau dengan baik serta mengalami gangguan maka kemungkinan tidak akan dapat diperbaiki pada periode selanjutnya. Oleh karena itu, perlu dilakukan pemantauan pertumbuhan rutin pada pertumbuhan balita sehingga dapat terdeteksi apabila ada penyimpangan pertumbuhan. Di wilayah puskesmas Cilacap Tengah 1, kasus gizi kurang sebanyak 122 kasus, dan gizi buruksebanyak 8 kasus. Pendataan gizi buruk di Kabupaten Cilacap didasarkan pada 2 kategori yaitu dengan indikator membandingkan berat badan dengan umur (BB/U) dan kategori kedua adalah membandingkan berat badan dengan tinggi badan (BB/TB). Penelitian bertujuan untuk mengetahui analisis gangguan pertumbuhan berdasarkan antropometri. Metode Penelitian menggunakan desain cross sectional dengan teknik simple random sampling menggunakan data primer dan sekunder di posyandu Wilayah Cilacap tengah sebanyak 57 orang tua yang memiliki anak sesuai kriteria. Selanjutnya, data dianalisis menggunakan uji chi square dan disimpulkan bahwa hanya infeksi yang mempunyai hubungan terhadap gangguan pertumbuhan. Sedangkan asupan nutrisi, pola asuh, stimulasi, ekonomi orang tua, dan lingkungan tidak ada hubungan dengan gangguan pertumbuhan.

**Kata kunci:** gangguan pertumbuhan, antropometri

### Pendahuluan

Tumbuh kembang merupakan bagian penting dari masa kanak-kanak dan remaja. Penambahan berat badan dan meningkatnya ukuran tinggi badan merupakan komponen antropometri pada proses pertumbuhan. Anak-anak membutuhkan makanan bergizi dan terutama energi yang cukup untuk tumbuh kembangnya. Masa bayi dan balita bahkan sejak

dalam kandungan adalah periode emas. Jika pada masa bayi dan balita, pertumbuhan dan perkembangan balita tidak dipantau dengan baik serta mengalami gangguan maka kemungkinan tidak akan dapat diperbaiki pada periode selanjutnya. Oleh karena itu, perlu dilakukan pemantauan pertumbuhan rutin pada pertumbuhan balita sehingga dapat terdeteksi apabila ada penyimpangan pertumbuhan. Selain itu, dapat dilakukan penanggulangan sedini mungkin sehingga tidak terjadi gangguan pada proses tumbuh kembang balita.

Berdasarkan data UNICEF bahwa Indonesia merupakan peringkat kelima tertinggi di dunia, anak pendek (7,6 juta), anak kurus (2,8 juta) dan kurang gizi (3,8 juta) (USAID, 2010). Secara nasional sudah terjadi penurunan prevalensi kurang gizi pada balita dari 18,4% tahun 2007 menjadi 17,9% tahun 2010. Penurunan terjadi pada prevalensi gizi buruk yaitu dari 5,4% pada tahun 2007 menjadi 4,9% tahun 2010. Prevalensi pendek pada balita adalah 35,7%, menurun dari 36,7% pada tahun 2007. Penurunan juga terjadi pada prevalensi balita sangat kurus dari 13,6% tahun 2007 menjadi 13,3% tahun 2010. Walaupun secara nasional terjadi penurunan prevalensi masalah gizi pada balita, tetapi masih terdapat kesenjangan antar provinsi (Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pemantauan pertumbuhan balita sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan pertumbuhan (*growth faltering*) secara dini. Anak umur 12-59 bulan memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan setiap bulan, minimal 8 x dalam setahun yang tercatat di KMS, atau buku pencatatan lainnya (Kementerian Kesehatan RI, 2008). Pemantauan pertumbuhan anak secara universal merupakan bagian integral dari perawatan kesehatan anak. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan tertinggi/panjang badan (BB/TB). Ditingkat masyarakat pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan per umur (BB/U) setiap bulan di Posyandu, Taman Bermain, Pos PAUD, Taman Penitipan Anak dan Taman Kanak-Kanak, dan lain-lain.

Dalam proses pertumbuhan dan perkembangan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal yang meliputi faktor lingkungan pengasuhan, faktor stimulasi dan faktor gizi. Pertumbuhan yang tidak normal biasanya disebabkan tidak cukup mendapatkan makanan yang berkualitas dan jika keadaan terus berlanjut, maka akan mempengaruhi pencapaian tinggi badan anak. Gangguan pertumbuhan yang terjadi pada usia balita akan meningkatkan risiko penyakit kronis pada usia dewasa. Gangguan pertumbuhan bisa berupa permasalahan status gizi antara lain *underweight*, obesitas, ataupun *stunting*. (Devi, 2010) Gagal tumbuh linier sudah dimulai sejak usia sebulan, yang sebenarnya merupakan akibat retardasi dalam uterus (Shrimpton, 2001). Hasil penelitian Schmidt et al, (2002.), menunjukkan penyimpangan pertumbuhan bayi di Indonesia dimulai pada waktu bayi

berusia 6-7 bulan dengan prevalensi stunting 24% dan underweight 32% pada umur 12 bulan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan gizi pada masa pertumbuhan dini berhubungan dengan gangguan perkembangan motorik (Kirksey,1994; Satoto, 1990). Bukti-bukti tersebut memperkuat pernyataan UNICEF 1997, bahwa untuk mengoptimalkan tumbuh kembang anak harus melibatkan tiga aspek yaitu gizi, kesehatan, dan pengasuhan. UNICEF (1998), mengemukakan bahwa faktor- faktor penyebab kurang gizi dapat dilihat dari penyebab langsung, tidak langsung, pokok permasalahan, dan akar masalah. Faktor penyebab langsung meliputi makanan tidak seimbang dan infeksi, sedangkan faktor penyebab tidak langsung meliputi ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Persentase balita gizi kurang (BB/U) Kabupaten Cilacap tahun 2012 sejumlah 2,25% (2.352 kasus). Balita gizi buruk Tahun 2012 di Kabupaten Cilacap sejumlah 362 kasus. Di wilayah puskesmas Cilacap Tengah 1, kasus gizi kurang sebanyak 122 kasus, dan gizi buruk sebanyak 8 kasus. Pendataan gizi buruk di Kabupaten Cilacap didasarkan pada 2 kategori yaitu dengan indikator membandingkan berat badan dengan umur (BB/U) dan kategori kedua adalah membandingkan berat badan dengan tinggi badan (BB/TB). Skrining pertama dilakukan di posyandu dengan membandingkan berat badan dengan umur melalui kegiatan penimbangan, jika ditemukan balita yang berada di bawah garis merah (BGM) atau dua kali tidak naik (2T), maka dilakukan konfirmasi status gizi dengan menggunakan indikator berat badan menurut tinggi badan. Jika ternyata balita tersebut merupakan kasus buruk, maka segera dilakukan perawatan gizi buruk sesuai pedoman di Posyandu dan Puskesmas. Jika ternyata terdapat penyakit penyerta yang berat dan tidak dapat ditangani di Puskesmas maka segera dirujuk ke rumah sakit (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

Berdasarkan uraian tersebut, masalah yang terjadi adalah balita di cilacap tengah masih ditemukan mengalami gangguan pertumbuhan yang dapat diketahui berdasarkan antropometri (BB/TB) dan dipengaruhi oleh faktor-faktor. Dengan demikian tujuan yang ingin dicapai dari peneliti adalah mengetahui gangguan pertumbuhan balita berdasarkan antropometri BB/TB di wilayah cilacap tengah dan faktor yang mempengaruhinya.

## **Metode**

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional, yaitu peneliti akan melakukan observasi atau melakukan pengukuran variabel dan mencoba mencari hubungan antarvariabel. Rancangan penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* yaitu merupakan suatu penelitian yang mempelajari hubungan antara faktor risiko dan efek dengan pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada saat tertentu

(Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah semua batita umur 0-3 tahun di wilayah cilacap tengah tahun 2021. Dalam penentuan besar sampel, penelitian ini menggunakan teknik *simple random sampling* dengan kriteria inklusi semua bayi usia 0-3 tahun yang datang melakukan penimbangan di posyandu cilacap tengah. Penelitian ini menggunakan analisis data berupa analisis univariat dan bivariate. Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi dan presentasi kejadian tiap variabel. Analisis bivariate dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh hubungan antar variabel dengan melakukan uji *chi square*

## Hasil dan Pembahasan

Penelitian dilakukan dengan pengambilan data sampel 57 orang tua yang membawa anaknya datang ke posyandu. Keseluruhan data di analisis dengan SPSS melalui uji univariat dan bivariat.

### A. Hasil Analisis Uji Univariat

Hasil analisis uji variat dalam penelitian ini digambarkan dalam tabel distribusi frekuensi berikut ini:

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Gangguan Pertumbuhan, Asupan Nutrisi, Pola Asuh, Riwayat Kesehatan, Ekonomi Keluarga, dan Kondisi Lingkungan.**

No	Variabel	f	%
1	Gangguan Pertumbuhan:		
	a. Gizi kurang	7	12,3
	b. Gizi baik	15	26,3
	c. Berisiko Gizi Lebih	32	56,1
	d. Gizi Lebih	1	1,8
	e. Obesitas	2	3,5
	Total	57	100
2	Asupan Nutrisi:		
	a. Gizi seimbang	41	71,9
	b. Gizi tidak seimbang	16	28,1
	Total	57	100
3	Pola asuh:		
	a. Baik	51	89,5
	b. Kurang baik	6	10,5
	Total	57	100
4	Riwayat Kesehatan:		
	a. Sehat	52	91,2
	b. Infeksi	5	8,8
	c. Kongenital	0	0
	Total	57	100
5	Stimulasi:		
	a. Pijat bayi	25	43,9
	b. Tidak dipijat	32	56,1
	Total	57	100
6	Ekonomi:		
	a. > UMR	49	86
	b. < UMR	8	14
	c. Total	57	100

7	Lingkungan :		
	a. Tidak merokok	21	36,8
	b. Merokok	36	63,2
	Total	57	100

Berdasarkan Tabel 1 dapat hasil bahwa sebagian besar orang tua memiliki anak dengan kategori berisiko gizi lebih sebanyak 32 atau 56,1%. Asupan nutrisi yang diberikan orang tua terhadap anaknya sebagian besar 41 atau 71,9 % merupakan gizi seimbang. Dalam pengasuhan anak, orang tua sebagian besar memberikan pola asuh yang baik yaitu 51 atau 89,5 %. Riwayat kesehatan anak yang datang ke posyandu sebagian besar dalam kategori sehat yaitu 52 atau 91,2 %. Orang tua sebagian besar tidak memberikan pijat sebagai stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anaknya yaitu 32 atau 56,1 %. Keadaan ekonomi yang dimiliki orang tua sebagian besar > UMR yaitu 49 atau 86 %. Sebagian besar anak tinggal di wilayah lingkungan yang orang sekitarnya merokok yaitu 36 atau 63,2 %.

### B. Hasil Analisis Uji Bivariat

Hasil analisis uji bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan antar variabel yang dapat dilihat pada tabel 2 berikut ini:

**Tabel 2. Hubungan Asupan Nutrisi, Pola Asuh, Riwayat Kesehatan, Ekonomi Keluarga, dan Kondisi Lingkungan dengan Gangguan Pertumbuhan.**

No	Variabel	Gizi kurang	Gizi baik	Berisiko Gizi Lebih	Gizi Lebih	Obesitas	Total	P-VALUE
1	Asupan Nutrisi:							0,251
	a. Gizi seimbang	3	10	26	1	1	41	
	b. Gizi tidak seimbang	4	5	6	0	1	16	
	c. Total	7	15	32	1	2	57	
2	Pola asuh:							0,960
	a. Baik	6	13	29	1	2	51	
	b. Kurang baik	1	2	3	0	0	6	
	Total	7	15	32	1	2	57	
3	Riwayat Kesehatan:							0,00
	a. Sehat	3	15	31	1	2	52	
	b. Infeksi	4	0	1	0	0	5	
	c. Kongenital	0	0	0	0	0	0	
	Total	7	15	32	1	2	57	
4	Stimulasi:							0,147
	a. Pijat bayi	2	4	16	1	2	25	
	b. Tidak dipijat	5	11	16	0	0	32	
	Total	7	15	32	1	2	57	
5	Ekonomi:							0,911
	a. UMR	6	12	28	1	2	49	
	b. < UMR	1	3	4	0	0	8	
	Total	7	15	32	1	2	57	
6	Lingkungan :							0,378
	a. Tidak merokok	49	6	9	1	1	21	
	b. Merokok	8	9	23	0	1	36	
	Total	57	15	32	1	2	57	

Berdasarkan tabel 2 diatas diketahui bahwa nilai p-value dari uji chi square asupan nutrisi terhadap gangguan pertumbuhan adalah 0,25. Hal ini dapat dikatakan p-value hitung lebih besar dari p-value tabel yaitu  $0,25 > 0,05$ . Dengan demikian, dapat diinterpretasikan bahwa tidak ada hubungan asupan nutrisi dengan gangguan pertumbuhan. Gizi merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap proses tumbuh kembang anak. Sebelum lahir, anak tergantung pada zat gizi yang terdapat dalam darah ibu. Setelah lahir, anak tergantung pada tersedianya bahan makanan dan kemampuan saluran cerna. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian tentang pertumbuhan anak Indonesia (Sunawang, 2002) menunjukkan bahwa kegagalan pertumbuhan paling gawat terjadi pada usia 6-18 bulan. Penyebab gagal tumbuh tersebut adalah keadaan gizi ibu selama hamil, pola makan bayi yang salah, dan penyakit infeksi.

Analisis hubungan pola asuh orang tua dengan gangguan pertumbuhan didapatkan hasil p-value hitung adalah 0,960. Hal ini dapat dikatakan p-value hitung lebih besar dari p-value tabel yaitu  $0,960 > 0,05$ . Dengan demikian, dapat diinterpretasikan bahwa tidak ada hubungan pola asuh orang tua dengan gangguan pertumbuhan batita. Analisis hubungan riwayat kesehatan anak dengan gangguan pertumbuhan didapatkan hasil p-value hitung adalah 0,00. Hal ini dapat dikatakan p-value hitung lebih besar dari p-value tabel yaitu  $0,00 < 0,05$ . Dengan demikian, dapat diinterpretasikan bahwa ada hubungan riwayat kesehatan dengan gangguan pertumbuhan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian tentang pertumbuhan anak Indonesia (Sunawang, 2002) menunjukkan bahwa kegagalan pertumbuhan paling gawat terjadi pada usia 6-18 bulan. Penyebab gagal tumbuh tersebut adalah keadaan gizi ibu selama hamil, pola makan bayi yang salah, dan penyakit infeksi.

Analisis hubungan stimulasi pijat dengan gangguan pertumbuhan didapatkan hasil p-value hitung adalah 0,147. Hal ini dapat dikatakan p-value hitung lebih besar dari p-value tabel yaitu  $0,147 > 0,05$ . Dengan demikian, dapat diinterpretasikan bahwa tidak ada hubungan stimulasi pijat dengan gangguan pertumbuhan batita. Namun demikian perkembangan anak dipengaruhi oleh stimulasi dan psikologis. Rangsangan/stimulasi khususnya dalam keluarga, misalnya dengan penyediaan alat mainan, sosialisasi anak, keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain akan mempengaruhi anak dalam mencapai perkembangan yang optimal. Seorang anak yang keberadaannya tidak dikehendaki oleh orang tua atau yang selalu merasa tertekan akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangan. Analisis hubungan ekonomi orang tua dengan gangguan pertumbuhan didapatkan hasil p-value hitung adalah 0,911. Hal ini dapat dikatakan p-value hitung lebih besar dari p-value tabel yaitu  $0,911 > 0,05$ . Dengan demikian, dapat diinterpretasikan bahwa tidak ada hubungan ekonomi orang tua dengan gangguan pertumbuhan batita. Hal ini

berbeda dengan hasil penelitian yang menyatakan kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan, kesehatan lingkungan yang jelek, serta kurangnya pengetahuan. (Tanuwijaya, 2003). Faktor lain yang tidak dapat dilepaskan dari pertumbuhan dan perkembangan anak adalah faktor sosial ekonomi. Analisis hubungan lingkungan dengan gangguan pertumbuhan didapatkan hasil p-value hitung adalah 0,378. Hal ini dapat dikatakan p-value hitung lebih besar dari p-value tabel yaitu  $0,378 > 0,05$ . Dengan demikian, dapat diinterpretasikan bahwa tidak ada hubungan lingkungan dengan gangguan pertumbuhan batita.

### **Kesimpulan**

1. Gangguan pertumbuhan batita berdasarkan antropometri BB/TB di wilayah cilacap tengah yaitu gizi kurang 7 (12,3%), berisiko gizi lebih 32 (56,1%), gizi lebih 1 (1,8%), dan obesitas 2 (3,5%)
2. Tidak ada hubungan asupan nutrisi dengan gangguan pertumbuhan
3. Tidak ada hubungan pola asuh dengan gangguan pertumbuhan
4. Ada hubungan riwayat kesehatan dengan gangguan pertumbuhan
5. Tidak ada hubungan stimulasi dengan gangguan pertumbuhan
6. Tidak ada hubungan ekonomi keluarga dengan gangguan pertumbuhan
7. Tidak ada hubungan lingkungan keluarga dengan gangguan pertumbuhan

### **Referensi**

- Abdullah, A. zulkifli, Naiem, M. F., & Mahmud, N. U. (2012). Faktor Risiko Kematian Neonatal Dini di Rumah Sakit Bersalin Risk Factor of Early Neonatal Mortality in the Maternity Hospital. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(6), 283–288. Retrieved from <http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/viewFile/83/84>
- Arinta Kusuma Wandira dan Rachmah Indawati. (2012). Faktor Penyebab Kematian Bayi Di Kabupaten Sidoharjo. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/10826079608013999>
- Avoka, J. A., Adanu, R. M., Wombeogo, M., Seidu, I., & Dun-Dery, E. J. (2018). Maternal and neonatal characteristics that influence very early neonatal mortality in the Eastern Regional Hospital of Ghana, Koforidua: A retrospective review. *BMC Research Notes*, 11(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3196-x>
- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2010.2010
- Badan Pusat Statistik. (2018). *Profil Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Badan Pusat Statistik. Retrieved from <https://www.bps.go.id/publication/download.html?>
- Batista, C. B., Carvalho, M. L. d., & Vasconcelos, A. G. G. (2018). Access to and use of health services as factors associated with neonatal mortality in the North, Northeast, and Vale do Jequitinhonha regions, Brazil. *Jornal de Pediatria*, 94(3), 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.06.005>
- Dallolio, L., Lenzi, J., & Fantini, M. P. (2013). Temporal and geographical trends in infant, neonatal and post-neonatal mortality in Italy between 1991 and 2009. *Italian Journal of Pediatrics*, 39(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/1824-7288->

39-19

[https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KAB\\_KOTA\\_2012/3301\\_Jateng\\_Kab\\_Cilacap\\_2012.pdf](https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2012/3301_Jateng_Kab_Cilacap_2012.pdf)

Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/Menkes/Sk/Ix/2008 Tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota. 2008

Kemendes RI. (2013). Summary for Policymakers. *Climate Change 2013 - The Physical Science Basis*, 1–30. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Kemeterian Kesehatan RI. (2014). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat Kementrian Kesehatan RI.

Notoatmodjo, S. (2010). *Metedologi Penelitian Kesehatan, edisi revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.

*Profil Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cilacap*. (2018). Retrieved from <http://rsud.cilacapkab.go.id/v2/wp-content/uploads/2018/11/PROFIL-RSUD-CILACAP-TAHUN-2018-SEMESTER-I.pdf>

USAID. USAID/Indonesia Nutrition Assessment for 2010 New Project Design. 2010.