

## KONDISI SOSIO DEMOGRAFI DAN STATUS GIZI BADUTA DI PROVINSI PAPUA BARAT

Apriliani<sup>1,\*</sup>, Nur Fadhilah Hasanah<sup>2</sup>, Rani Elviyanti Siregar<sup>3</sup>, Sarah Fadhila  
Siregar<sup>4</sup>, Putra Apriadi Siregar<sup>5</sup>

<sup>1,2,3,4,5</sup>Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam  
Negeri Sumatera Utara, Indonesia

\*Email: [apriliani985@gmail.com](mailto:apriliani985@gmail.com)

### ABSTRAK

Indonesia menjadi salah satu negara dengan IPKM (Indek Pembangunan Kesehatan Masyarakat) yang rendah di negara Asia. Banyaknya terjadi malnutrisi (gizi buruk dan pendek) menjadi salah satu yang berperan terhadap rendahnya IPKM di Indonesia. Provinsi Papua, Papua Barat, Nusa Tenggara Timur dan Maluku menjadi provinsi dengan IPKM terendah dan memiliki kasus malnutrisi yang tinggi di Indonesia. Tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui kondisi sosio demografi dan status gizi Baduta di Provinsi Papua Barat. Penelitian ini menggunakan metode survei berskala nasional dengan desain *cross sectional*. Survei dilaksanakan di 13 kabupaten di Provinsi Papua Barat. Sampel penelitian ini sebanyak 159 bayi usia 0-23 bulan. Pengukuran menggunakan antropometri dengan BB/U dan TB/U. Analisis data menggunakan analisis deskriptif tabulasi silang. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat 4,98% bayi menderita gizi buruk, bayi menderita gizi kurang sebanyak 13,44% dan bayi gizi normal sebanyak 87,26%. Bayi lahir pendek sebanyak 23,75%, bayi lahir sangat pendek sebanyak 14,04% dan bayi lahir normal sebanyak 81,45%. Mayoritas bayi memiliki gizi buruk berjenis kelamin laki-laki sebanyak 4,65% dan bayi lahir pendek berjenis kelamin laki-laki sebanyak 19,02%. Mayoritas bayi memiliki gizi buruk dengan pendidikan orang tua tidak tamat SD/MI sebanyak 5,60% dan bayi lahir pendek dengan pendidikan orang tua Tamat SLTP/MTS sebanyak 32,48%. Mayoritas bayi menderita gizi buruk dengan pekerjaan orang tua tidak bekerja sebanyak 6,78% dan bayi lahir pendek dengan pekerjaan nelayan sebanyak 27,01%. Mayoritas bayi yang memiliki gizi buruk berada di pedesaan sebanyak 5,12% dan bayi lahir pendek berada di perkotaan sebanyak 18,15%. Kasus Gizi buruk dan lahir pendek terjadi pada bayi dengan kondisi sosiodemografi dengan jenis kelamin laki-laki, pendidikan orangtua rendah, memiliki pekerjaan dan tinggal di pedesaan. Petugas kesehatan harus memberikan edukasi kepada ibu yang memiliki pendidikan rendah tentang pola konsumsi makan dan pola asuh agar menurunkan kejadian gizi buruk dan anak pendek.

**Kata Kunci:** Bayi; Gizi buruk; Pendek; Sosiodemografi

### 1. PENDAHULUAN

Malnutrisi (gizi buruk dan pendek) masih menjadi masalah global, tingginya prevalensi gizi buruk sampai saat ini mengakibatkan menjadi fokus perhatian di dunia. Di dunia sekitar 1 dari 5 anak dan masih menjadi masalah gizi baik di tingkat Nasional dan

Internasional. Lebih 1/3 dari 9,2 juta kematian pada anak dibawah usia 5 tahun di dunia [1]. Berdasarkan data dari WHO (*World Health Organization*) menyatakan bahwa angka kejadian stunting (*stunted*) pada tahun 2016 sebanyak 22,9% dan *underweight* (gizi

buruk dan gizi kurang) sebanyak 14,04% [2].

Indonesia merupakan salah satu negara dengan kejadian malnutrisi (gizi buruk dan pendek) di dunia berada pada urutan ke-5 terbanyak. Di Indonesia berdasarkan Riskesdas 2013 menyatakan bahwa prevalensi gizi pada anak balita berdasarkan BB/U, gizi buruk sebanyak 5,7% dan gizi kurang sebanyak 13,9%. Prevalensi gizi pada anak balita berdasarkan TB/U, prevalensi pendek sebanyak 37,2% dan sangat pendek sebanyak 19,2% [3]. Berdasarkan Riskesdas 2018 menyatakan bahwa, prevalensi status gizi BB/U pada anak umur 0-23 bulan baduta (bawah dua tahun) di Indonesia sebanyak 3,8% gizi buruk, gizi kurang sebanyak 11,4%, gizi baik sebanyak 82,0% dan gizi lebih sebanyak 2,7% [4]. Prevalensi status gizi TB/U pada anak umur 0-23 bulan baduta (bawah dua tahun) di Indonesia sebanyak 17,1% baduta lahir pendek dan baduta lahir sangat pendek sebanyak 12,8%. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi gizi buruk dan gizi kurang berdasarkan BB/U di Provinsi Papua Barat sebanyak 32,0% dan berdasarkan TB/U prevalensi baduta lahir pendek dan sangat pendek sebanyak 37,2%. Hal tersebut mengalami peningkatan dari tahun 2007 sampai tahun 2013 [3].

Penyebab permasalahan gizi buruk dan gizi kurang yang tinggi yaitu angka kemiskinan di Indonesia yang masih tinggi sebesar 25 juta penduduk (9,66%). Provinsi Papua, Papua Barat, Nusa Tenggara Timur (NTB) dan Maluku menjadi Provinsi dengan IPM (Indeks pembangunan manusia) terendah dan memiliki angka kasus malnutrisi yang tinggi di Indonesia. Indeks pembangunan manusia Provinsi Papua Barat pada tahun 2013 sebesar 60,91% dan mengalami peningkatan pada tahun 2018 sebesar 63,74%. Hal tersebut menimbulkan dampak kemiskinan, tidak meratanya pembangunan sehingga pendidikan, ekonomi, sosial

dan sumber daya masyarakat menjadi rendah [5].

Permasalahan malnutrisi (gizi buruk dan pendek) pada anak dibawah dua tahun dapat menimbulkan dampak yaitu rendahnya daya tahan tubuh sehingga rentan terhadap penyakit infeksi, menghambat tumbuh kembang anak baik secara fisik maupun mental yang akan mempengaruhi kecerdasan anak dan berdampak pada pembentukan kualitas sumberdaya manusia di masa mendatang [6]. Kekurangan gizi akan menyebabkan hilangnya masa hidup sehat balita. Dampak jangka pendek yaitu meningkatkan angka morbiditas dan dampak jangka panjang yaitu rendahnya kualitas sumber daya manusia (SDM) mendatang yang dilihat dari kecerdasan, kreativitas, dan produktivitas [7].

Sosiodemografi berhubungan dengan status sosial dan ekonomi. Status sosioekonomi, pendapatan yang rendah, kepadatan rumah, dan pendidikan orang tua yang rendah mengakibatkan tingginya angka malnutrisi karena mempengaruhi kebiasaan makan [8]. Hasil penelitian Azrimaidaliza (2010) memperlihatkan bahwa usia anak berhubungan dengan kejadian malnutrisi. Persentase pada anak usia 18-24 bulan lebih besar mengalami masalah gizi dibandingkan pada anak usia 6 sampai 1 bulan [9]. Tingkat umur turut menjadi salah satu faktor penentu kebutuhan gizi seseorang. Pada usia muda kekebalan tubuh bayi masih rendah sehingga rentan terhadap masalah nutrisi [10]. Hasil penelitian Christin (2018) menyampaikan bahwa balita dengan jenis kelamin laki-laki memiliki peluang malnutrisi (gizi buruk dan pendek) 2,441 kali dibandingkan dengan balita berjenis kelamin perempuan. Adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian malnutrisi (gizi buruk dan pendek) balita usia 6-23 bulan di Provinsi Lampung. Jenis kelamin

menjadi faktor tidak langsung dari penyebab masalah gizi pada balita [11].

Hasil penelitian Tiffany (2020) menyatakan bahwa status gizi kurang paling tinggi didapatkan pada anak dengan orang tua berpendidikan rendah [12]. Hasil penelitian Ria (2015) memperlihatkan bahwa pekerjaan orang tua pada balita dengan *underweight* (gizi buruk dan kurang) terdapat hubungan signifikan pada pekerjaan orang tua [13].

Hasil penelitian Rahmad (2016) menyampaikan bahwa daerah pedesaan mempunyai prevalensi *underweight* (gizi buruk dan kurang) lebih tinggi sebanyak 59,7% dibandingkan dengan perkotaan sebanyak 40,3% [14]. Tingginya budaya atau adat istiadat serta ekonomi sosial merupakan merupakan dampak dari timbulnya malnutrisi pada balita. Masyarakat perkotaan lebih baik dalam hal tingkat ekonomi dan pengetahuan tentang gizi. Sedangkan masyarakat pedesaan masih banyak yang mengalami kemiskinan, kurang persediaan makanan dan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi [13].

Berdasarkan uraian dan informasi diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Kondisi Sosio Demografi dan Status Gizi Baduta di Provinsi Papua Barat. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui Kondisi sosio demografi dan status gizi baduta di Provinsi Papua Barat.

## 2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* (potong lintang) penelitian ini menggunakan data sekunder dan merupakan analisis

lanjut data Riskesdas Papua Barat tahun 2018 (Riskesdas tahun 2018). Survey berskala nasional ini dilaksanakan di 13 Kabupaten di Provinsi Papua Barat. Penelitian ini dilakukan di 13 Kabupaten/kota Provinsi Papua Barat, dilakukan pada mulai bulan Januari 2017 hingga bulan Desember 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah bayi usia 0-23 bulan berasal dari Provinsi Papua Barat. Sampel penelitian ini sebanyak 159 bayi. Kriteria inklusi adalah Rumah-tangga terpilih di Blok sensus (BS) yang diwawancarai, berada di lokasi penelitian dan kriteria eksklusi adalah anak baduta yang tidak bisa dilakukan pengukuran, tidak berada dilokasi penelitian dalam jangka waktu 14 hari. Instrumen dan cara pengumpulan data pada penelitian ini memanfaatkan hasil pengumpulan data Riset Kesehatan Dasar Papua Barat tahun 2018 dengan menggunakan instrument kuesioner rumah tangga dan instrumen individu yang dilakukan dengan wawancara. Pengukuran menggunakan antropometri dengan timbangan berat badan digital (BB/U), alat ukur tinggi/panjang badan (TB/U), dan alat ukur LILA. Variabel independen dalam penelitian ini yaitu frekuensi usia baduta, frekuensi jenis kelamin baduta, frekuensi pendidikan orang tua, frekuensi pekerjaan orang tua, frekuensi tempat tinggal. Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu status gizi baduta 0-23 bulan. Analisis data menggunakan analisis deskriptif tabulasi silang kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1.** Proporsi Status Gizi (BB/U) Pada Anak Umur 0-23 Bulan Menurut Karakteristik Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2018

Karakteristik	Status Gizi (BB/U)		
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Normal
	%	%	%
<b>Kelompok Umur (Bulan)</b>			
0-5	4,13	8,61	87,26

6-11	2,23	12,93	84,84
12-23	4,98	13,44	81,58
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-laki	4,65	14,05	81,3
Perempuan	3,57	10,51	85,93
<b>Pendidikan KRT</b>			
Tidak sekolah	4,14	22,62	73,24
Tidak Tamat SD/MI	5,60	14,00	80,4
Tamat SD/MI	5,31	24,55	70,14
Tamat SLTP/MTS	4,46	8,31	87,22
Tamat SLTA/MA	3,18	6,84	89,98
Tamat D1/D2/D3/PT	3,24	10,74	86,01
<b>Pekerjaan KRT</b>			
Tidak bekerja	6,78	28,72	64,5
Sekolah	-	-	100
PNS/TNI/POLRI/BUMN/BUMD	5,45	4,92	89,63
Pegawai swasta	0,40	13,76	85,84
Wiraswasta	6,64	2,71	90,65
Petani/buruh tani	3,56	19,73	76,71
Nelayan	1,17	24,16	74,66
Buruh/Sopir/Pembantu ruta	2,96	3,95	93,09
Lainnya	3,33	11,24	85,42
<b>Tempat Tinggal</b>			
Perkotaan	2,46	10,45	87,09
Pedesaan	5,12	13,22	81,66

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa terdapat 4,98% bayi menderita gizi buruk, bayi gizi kurang sebanyak 13,44% dan bayi gizi normal sebanyak 87,26%. Mayoritas bayi memiliki gizi buruk berjenis kelamin laki-laki sebanyak 4,65%, bayi gizi kurang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 14,05% dan bayi gizi normal berjenis kelamin perempuan sebanyak 85,93%. Mayoritas bayi memiliki gizi buruk dengan pendidikan orang tua tidak tamat SD/MI sebanyak 5,60%, bayi gizi kurang dengan pendidikan orang tua tamat SD/MI sebanyak 24,55%, dan bayi gizi normal dengan

pendidikan orang tua tamat SLTA/MA sebanyak 89,98%. Mayoritas bayi menderita gizi buruk dengan pekerjaan orang tua tidak bekerja sebanyak 6,78%, bayi gizi kurang dengan pekerjaan orang tua tidak bekerja sebanyak 28,72%, dan bayi gizi normal dengan pekerjaan orang tua buruh/sopir/pembantu ruta sebanyak 93,09%. Mayoritas bayi menderita gizi buruk berada di pedesaan sebanyak 5,12%, gizi kurang berada di pedesaan sebanyak 13,22% dan gizi normal berada di perkotaan sebanyak 87,09%.

**Tabel.2** Proporsi Status Gizi (TB/U) Pada Anak Umur 0-23 Bulan Menurut Karakteristik Provinsi Papua Barat, Riskesdas 2018

Karakteristik	Status Gizi (TB/U)		
	Pendek	Sangat Pendek	Normal
	%	%	%
<b>Kelompok Umur (Bulan)</b>			
0-5	9,84	8,71	81,45

6-11	14,08	13,28	72,64
12-23	23,75	14,04	62,21
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-laki	19,02	12,52	68,46
Perempuan	16,69	12,51	70,8
<b>Pendidikan KRT</b>			
Tidak sekolah	12,27	39,19	48,54
Tidak Tamat SD/MI	14,69	8,43	76,88
Tamat SD/MI	24,71	13,58	61,71
Tamat SLTP/MTS	32,48	9,06	58,45
Tamat SLTA/MA	10,10	9,93	79,98
Tamat D1/D2/D3/PT	13,56	18,54	67,90
<b>Pekerjaan KRT</b>			
Tidak bekerja	18,78	14,08	67,14
Sekolah	-	-	100,0
PNS/TNI/POLRI/BUMN/BUMD	9,84	12,12	78,05
Pegawai swasta	15,91	1,94	82,15
Wiraswasta	20,69	15,6	63,71
Petani/buruh tani	19,49	14,67	65,85
Nelayan	27,01	10,29	62,7
Buruh/Sopir/Pembantu ruta	11,61	6,39	82
Lainnya	16,42	17,03	66,55
<b>Tempat Tinggal</b>			
Perkotaan	18,15	6,71	75,14
Pedesaan	17,48	16,33	66,19

Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa terdapat 23,75% bayi lahir pendek, bayi lahir sangat pendek sebanyak 14,04% dan bayi lahir normal sebanyak 81,45%. Mayoritas bayi lahir pendek berjenis kelamin laki-laki sebanyak 19,02%, bayi lahir sangat pendek berjenis kelamin laki-laki sebanyak 12,52% dan bayi lahir normal berjenis kelamin perempuan sebanyak 70,8%. Mayoritas bayi lahir pendek dengan pendidikan orang tua Tamat SLTP/MTS sebanyak 32,48%, bayi lahir sangat pendek dengan pendidikan orang tua tidak tamat sekolah sebanyak 39,19%, dan bayi lahir normal dengan pendidikan orang tua Tamat SLTA/MA sebanyak 79,98%. Mayoritas bayi lahir pendek dengan pekerjaan nelayan sebanyak 27,01%, bayi lahir sangat pendek dengan pekerjaan orang tua wiraswasta sebanyak 15,6%, dan bayi lahir normal dengan pekerjaan orang

tua pegawai swasta sebanyak 82,15%. Mayoritas bayi lahir pendek berada di perkotaan sebanyak 18,15%, bayi lahir sangat pendek berada di pedesaan sebanyak 16,33% dan bayi lahir normal berada di perkotaan sebanyak 75,14%.

## Pembahasan Usia

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa 4,98% bayi menderita gizi buruk, bayi gizi kurang sebanyak 13,44% dan bayi gizi normal sebanyak 87,26%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hanifah (2020) menyatakan bahwa prevalensi gizi buruk dan gizi kurang sebanyak 4,04% pada anak usia 12-≤18 bulan di Kecamatan Jatinangor [15]. Gizi buruk dan gizi kurang telah dialami balita sejak usia sangat dini, sejalan dengan bertambahnya umur anak. *Underweight* terjadi pada usia ≤6 bulan dan kejadian *underweight* setelah

usia enam bulan, dikarenakan pada usia tersebut anak sudah diberi MP-ASI (Makanan Pendamping ASI) dimana anak sudah bertumbuh kembang sehingga tidak cukup bila hanya mengandalkan ASI saja. Namun setelah umur di atas 24 bulan terjadi penurunan keadaan ini karena anak sudah dapat mengkonsumsi makanan yang lebih bervariasi [16].

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa 23,75% bayi lahir pendek pada rentang usia 12-23 bulan, bayi lahir sangat pendek sebanyak 14,04% pada rentang usia 12-23 bulan dan bayi lahir normal sebanyak 81,45% pada rentang usia 0-5 bulan. Hal ini sejalan dengan penelitian Hidayat (2017) menyatakan bahwa balita dengan usia dibawah 0-23 bulan mengalami gizi pendek sebanyak 18,5% [17]. Faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 12-24 bulan (baduta) yaitu rendahnya tingkat kecukupan energi, protein, seng, berat badan akhir rendah dan tingginya paparan pestisida [18].

### Jenis Kelamin

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa mayoritas bayi memiliki gizi buruk berjenis kelamin laki-laki sebanyak 4,65%, bayi gizi kurang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 14,05% dan bayi gizi normal berjenis kelamin perempuan sebanyak 85,93%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Muljati (2008) sebanyak 52,8% *underweight* pada jenis kelamin laki-laki [16]. Hal ini sejalan dengan penelitian Rahmawati (2019) bahwa 68,5% balita *underweight* pada jenis kelamin laki-laki [19]. Anak laki-laki mendapat prioritas yang lebih tinggi dari pada anak perempuan. Anak laki-laki lebih aktif dibanding anak perempuan. Kebutuhan gizi yang diperlukan anak perempuan lebih rendah dari pada yang diperlukan laki-laki [11]. Karena pada balita, baik laki-laki maupun perempuan, akan mengalami gangguan pertumbuhan jika asupan energi dan protein berkurang.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas bayi lahir pendek berjenis kelamin laki-laki sebanyak 19,02%, bayi lahir sangat pendek berjenis kelamin laki-laki sebanyak 12,52% dan bayi lahir normal berjenis kelamin perempuan sebanyak 70,8%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Tsaralatifah (2020) menyampaikan bahwa usia 0-23 bulan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 40% mengalami *stunting* [20]. Balita pada jenis kelamin laki-laki mempunyai peluang menjadi *stunting* 2,441 kali dibandingkan dengan balita berjenis kelamin perempuan [11]. Hal ini sejalan dengan penelitian Setyawati (2018) menyampaikan bahwa bayi stunting sebanyak 56,5% pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan sebanyak 43,5%. Pertumbuhan motorik kasar pada anak laki-laki lebih pesat dan beragam hal tersebut memerlukan energy yang lebih banyak dan tidak sedikit [21]. Balita laki-laki mempunyai aktivitas bermain yang lebih aktif jika dibandingkan perempuan, kondisi ini jika tidak diimbangi dengan asupan gizi yang cukup maka dapat menyebabkan terjadinya *stunting* [22].

### Pendidikan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas bayi memiliki gizi buruk dengan pendidikan orang tua tidak tamat SD/MI sebanyak 5,60%, bayi gizi kurang dengan pendidikan orang tua tamat SD/MI sebanyak 24,55%, dan bayi gizi normal dengan pendidikan orang tua tamat SLTA/MA sebanyak 89,98%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Wahyudi (2015) tingkat pendidikan orang tua (ibu) sebanyak 64,8% berpendidikan rendah. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu semakin memperkecil kemungkinan balita mengalami gizi buruk. Sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikan ibu maka semakin besar resiko mengalami gizi buruk [23].

Mayoritas bayi lahir pendek dengan pendidikan orang tua Tamat

SLTP/MTS sebanyak 32,48%, bayi lahir sangat pendek dengan pendidikan orang tua tidak tamat sekolah sebanyak 39,19%, dan bayi lahir normal dengan pendidikan orang tua tamat SLTA/MA sebanyak 79,98%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rahayu (2014) tingkat pendidikan ayah dan ibu sebesar 84,6% memiliki tingkat pendidikan rendah ini. Pendidikan orang tua (ibu) rendah berpeluang 5,1 kali lebih besar mempunyai anak umur 6-23 bulan mengalami stunting [24].

### Pekerjaan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas bayi menderita gizi buruk dengan pekerjaan orang tua tidak bekerja sebanyak 6,78%, bayi gizi kurang dengan pekerjaan orang tua tidak bekerja sebanyak 28,72%, dan bayi gizi normal dengan pekerjaan orang tua buruh/sopir/pembantu ruta sebanyak 93,09%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Lukitawati (2010) menyatakan bahwa orang tua tidak bekerja sebanyak 10% mempunyai status gizi buruk dan kurang pada balita di desa Jatisarone Nannngulan Kulon Progo Yogyakarta [25]. Keluarga dengan pendapatan tinggi maka kebutuhan makanan akan terpenuhi, keluarga dengan pendapatan kurang atau terbatas maka kebutuhan makanan akan kurang sehingga kebutuhan zat gizi akan kurang dan berdampak timbulnya masalah gizi [26].

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas bayi lahir pendek dengan pekerjaan orang tua nelayan sebanyak 27,01%, bayi lahir sangat pendek dengan pekerjaan orang tua wiraswasta sebanyak 15,6%, dan bayi lahir normal dengan pekerjaan orang tua pegawai swastas sebanyak 82,15%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Amin (2016) menunjukkan bahwa pekerja tidak tetap yaitu sebagai buruh 68,25%. Hal ini berpengaruh pada sedikitnya pendapatan yang masuk. Rendahnya pendapatan menyebabkan kurang terpenuhinya asupan zat gizi

dan dapat menyebabkan stunting [27]. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rachel (2020) menyatakan bahwa di Desa Perlis prevalensi stunting pada balita sebanyak 49,32% dengan pekerjaan keluarga nelayan [28].

### Tempat Tinggal

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa mayoritas bayi menderita gizi buruk berada di pedesaan sebanyak 5,12%, gizi kurang berada di pedesaan sebanyak 13,22% dan gizi normal berada di perkotaan sebanyak 87,09%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Muljati (2008) gizi buruk dan gizi kurang 54,7% terdapat di pedesaan [16]. Adanya perbedaan budaya masyarakat perkotaan dan pedesaan dalam kebutuhan makanan dan status sosial. Masyarakat perkotaan lebih baik dalam hal tingkat ekonomi dan pengetahuan tentang gizi. Sedangkan masyarakat pedesaan masih banyak yang mengalami kemiskinan, kurang persediaan makanan dan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang gizi. Balita *underweight* terjadi di daerah pedesaan dan dalam kelompok-kelompok yang kurang mampu, sedangkan daerah perkotaan ditemukan kegemukan [29].

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa mayoritas bayi lahir pendek berada di perkotaan sebanyak 18,15%, bayi lahir sangat pendek berada di pedesaan sebanyak 16,33% dan bayi lahir normal berada di perkotaan sebanyak 75,14%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rahmad (2016) menyatakan bahwa prevalensi balita *stunting* lebih tinggi sebanyak 51,0% didaerah pedesaan, dibandingkan daerah perkotaan 49,0% [14]. Status gizi *underweight* dan *stunting* di pedesaan lebih tinggi dibandingkan perkotaan. Balita stunting yang tinggal di pedesaan dengan balita stunting yang tinggal di perkotaan dipengaruhi keadaan ekonomi keluarga, dimana pada kedua wilayah balita stunting banyak ditemukan keluarga dengan keadaan

ekonomi yang rendah sehingga akan mempengaruhi daya beli pangan keluarga [30].

#### 4. KESIMPULAN

Pada penelitian ini didapatkan bahwa bayi menderita gizi buruk pada usia 12-23 bulan dan bayi gizi kurang pada usia 12-23 bulan, bayi gizi buruk dan kurang pada jenis kelamin laki-laki, bayi gizi buruk dengan pendidikan orang tua tidak tamat SD/MI dan bayi gizi kurang dengan pendidikan orang tua tamat SD/MI. Bayi menderita gizi buruk dengan pekerjaan orang tua tidak bekerja dan bayi gizi kurang dengan pekerjaan orang tua tidak bekerja. Bayi menderita gizi buruk dan bayi gizi kurang berada di pedesaan. Bayi lahir pendek dan bayi lahir sangat pendek pada usia 12-23 bulan, bayi lahir pendek dan bayi lahir sangat pendek pada jenis kelamin laki-laki, bayi lahir pendek dengan pendidikan orang tua tamat SLTP/MTS dan bayi lahir sangat pendek dengan pendidikan orang tua tidak tamat sekolah, bayi lahir pendek dengan pekerjaan orang tua nelayan dan bayi lahir sangat pendek dengan pekerjaan orang tua wiraswasta, bayi lahir pendek berada di perkotaan dan bayi lahir sangat pendek berada di pedesaan.

#### SARAN

Petugas kesehatan harus memberikan edukasi kepada ibu yang memiliki pendidikan rendah tentang pola konsumsi makan dan pola asuh agar menurunkan kejadian gizi buruk dan anak pendek. Pemerintah Provinsi Papua Barat harus lebih memperhatikan gizi ibu hamil dan gizi balita di Pedesaan Provinsi Papua Barat karena memiliki resiko kejadian gizi buruk dan gizi pendek.

#### DAFTAR PUSTAKA

- [1] UNICEF. The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world [Internet]. 4 p. Available from: [www.unicef.org](http://www.unicef.org)
- [2] WHO. Levels And Trends In Child Malnutrition [Internet]. WHO. 2017. Available from: [https://www.who.int/nutgrowthdb/me\\_brochure2017](https://www.who.int/nutgrowthdb/me_brochure2017).
- [3] Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar [Internet]. 2013. Available from: <https://www.kemkes.go.id/resources/download/general/HasiRiskesdas2013.pdf>
- [4] Kementerian Kesehatan RI. Laporan Riskesdas 2018 [Internet]. 2018. Available from: <https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-riskesdas2018.pdf>. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- [5] BPS. Statistik Indonesia 2019 [Internet]. BPS, 2019 (Indonesian statistics). 2019. Jakarta: Badan Pusat Statistik. Available from: <https://www.bps.go.id/publication/2019/07/04/statistik-indonesia-2019.html>.
- [6] Diniyyah SR, Nindya TS. Asupan Energi, Protein dan Lemak dengan Kejadian Gizi Kurang pada Balita Usia 24-59 Bulan di Desa Suci, Gresik. *Amerta Nutr.* 2017;1(4):341. doi:10.20473/amnt.v1i4.7139.
- [7] Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2014 [Internet]. 2014. Available from: <https://www.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf>.
- [8] Galgamuwa LS, Iddawela D, Dharmaratne SD, Galgamuwa GLS. Nutritional status and correlated socio-economic factors among preschool and school children in plantation communities, Sri Lanka. *BMC Public Health.* 2017;17(1):1-11. doi:10.1186/s12889-017-4311-y.
- [9] Azrimaidaliza. Karakteristik Dan Status Gizi anak Umur 6-24 Bulan



- Didaerah Kumuh perkotaan Jakarta. *J Kesehat Masy.* 2010;4(1):27–31.
- [10] Lestari ND. Analisis Determinan Status Gizi Balita di Yogyakarta. *Mutiara Med J Kesehat dan Kedokt [Internet]*. 2015;15(1):21-7. doi:10.18196/mmjkk.v15i1.2490.
- [11] Christin Angelina F AAPH. Faktor Kejadian Stunting Balita Berusia 6-23 Bulan Di Provinsi Lampung. *J Dunia Kesmas.* 2018;7(3):127–34. doi:10.33024/jdk.v7i3.507.
- [12] Konstantin T, Tantular IS, Athiyyah AF, Rossyanti L. Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Status Gizi Siswa Sekolah Dasar. *JI-KES (Jurnal Ilmu Kesehatan)*. 2020;3(2):46–50. doi:10.33006/ji-kes.v3i2.135.
- [13] Ria Helda Pratiwi, Suyatno RA. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Beratkurang (Underweight) Pada Balita Di Perkotaan Dan Perdesaan Indonesia Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2013. *J Kesehat Masy.* 2015;3(2):127–37.
- [14] Rahmad AH Al. Malnutrisi Pada Balita Pedesaan Dengan Perkotaan Berdasarkan Karakteristik Keluarga : Data Psg 2015 Malnutrition A Toddler Rural And Urban Areas Based Family Characteristics : Mns 2015. *Idea Nurs J.* 2016;VII(2):43–52.
- [15] Hanifah RN, Djais JTB, Fatimah SN. Prevalensi Underweight, Stunting, dan Wasting pada Anak Usia 12-18 Bulan di Kecamatan Jatinangor. *Jsk [Internet]*. 2020;5(3):3–7. doi:10.24198/jsk.v5i3.28768.
- [16] Muljati S, Budiman B. Risiko Underweight pada balita terakhir di Rumah Tangga. *Nutr Res Dev.* 2008;1(24):1–8. doi:10.33476/jky.v16i2.243.
- [17] 17. Hidayat MS. Prevalensi Stunting Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidemen Karangasem. *E-Jurnal Med [Internet]*. 2017;6(7):1–5.
- [18] Wellina WF, Kartasurya MI, Rahfilludin MZ. Faktor risiko stunting pada anak usia 6 - 12 bulan. *J Gizi Indones [Internet]*. 2016;5(1):55–61. doi:10.14710/jgi.5.1.55-61.
- [19] Rahmawati I, Utami I, Lestari S. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Gizi Kurang Pada Balita Usia 12-59 Bulan Di Desa Srimartani. 2019;5(1):1–6. Available from: <http://digilib2.unisayogya.ac.id/handle/123456789/741>.
- [20] Tsaralatifah R. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Baduta di Kelurahan Ampel Kota Surabaya. *Amerta Nutr.* 2020;4(2):171-177. doi:10.20473/amnt.v4i2.2020.171-177.
- [21] Setyawati VAV. Kajian Stunting Berdasarkan Umur dan Jenis Kelamin Di Kota Semarang. 7th Univ Res Colloqium 2018 [Internet]. 2018;834–8. Available from: <http://repository.urecol.org/index.php/proceeding/article/view/273>.
- [22] Rosha BC, Hardinsyah, Baliwati YF. Analisis Determinan Stunting Anak 0-23 Bulan pada Daerah Miskin di Jawa Tengah dan Jawa Timur. *Penel Gizi Makan [Internet]*. 2012;35(1):34–41. Available from: <https://media.neliti.com/media/publications/223475-none.pdf>.
- [23] Wahyudi BF, Sriyono, Indarwati R. Analisis Faktor yang Berkaitan dengan Kasus Gizi Buruk pada Balita. *J Pediomaternal [Internet]*. 2015;3(1):86. Available from: [journal.unair.ac.id/download-fullpapers-pmnj19af4e326full.docx](http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-pmnj19af4e326full.docx)
- [24] Rahayu A et al. Risiko Pendidikan Ibu Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak 6-23 Bulan (Maternal Education As Risk Factor Stunting Of Child 6-23 Months-Old). *J Nutr*

- food Res. 2014;37(Ci):129–36.
- [25] Lukitawati N. Hubungan Antara Status Pekerjaan Orang Tua Dengan Status Gizi Balita Usia 1-5 Tahun Di Desa Jatisarone Nanggulan Kulon Progo Yogyakarta. Hub Antara Status Pekerj Orang Tua Dengan Status Gizi Balita Usia 1-5 Tahun Di Desa Jatisarone Nanggulan Kulon Progo Yogyakarta [Internet]. 2010;1–10. Available from: <http://digilib.unisayogya.ac.id/1773/>.
- [26] Kristianti D, Suriadi, Parjo. Hubungan Antara Karakteristik Pekerjaan Ibu Dengan Status Gizi Anak Usia 4-6 Tahun Di TK Salomo Pontianak. J Keperawatan [Internet]. 2013;3(1):1–6. Available from: <http://jurnal.untan.ac.id/index.php/jmkeperawatanFK/article/view/3804/3807>.
- [27] Amin NA, Julia M. Faktor sosiodemografi dan tinggi badan orang tua serta hubungannya dengan kejadian stunting pada balita usia 6-23 bulan. J Gizi dan Diet Indones (Indonesian J Nutr Diet. 2016;2(3):170.doi:10.21927/ijnd.2014.2(3).170-177.
- [28] Rachel. Hubungan Konsumsi Ikan, Tingkat Kecukupan Protein, Higiene dan Sanitasi dengan Kejadian Stunting pada Balita Keluarga Nelayan di Desa Perlis [Internet]. 2020. Available from: <http://repositori.usu.ac.id/>.
- [29] Rodríguez L, Cervantes E, Ortiz R. Malnutrition and gastrointestinal and respiratory infections in children: a public health problem. Int J Environ Res Public Health. 2011;8(4):1174–205. doi:10.3390/ijerph8041174.
- [30] Lusita, A.P., Suyatno, S., & Rahfiludin MZ. Perbedaan Karakteristik Balita Stunting Di Pedesaan Dan Perkotaan Tahun 2017 (Studi Pada Anak Usia 24-59 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Gabus Ii Dan Wilayah Kerja Puskesmas Pati Ii Kabupaten Pati). J Kesehat Masy [Internet]. 2017;5(4):60012. Available from: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/18724>.