

KUALITAS HIDUP BALITA STUNTED

Sri Hendrawati^{1*}, Henny Suzana Mediani², Nada Shofi Salsabila³¹⁻³Departemen Keperawatan Anak, Fakultas Keperawatan,
Universitas Padjadjaran

Email Korespondensi: sri.hendrawati@unpad.ac.id

Disubmit: 22 November 2022

Diterima: 08 Desember 2022

Diterbitkan: 01 Mei 2023

Doi: <https://doi.org/10.33024/mnj.v5i5.8448>

ABSTRACT

The incidence of stunting in Indonesia is now a major nutritional problem. Stunted state is the beginning of the occurrence of stunting in children and allows influence also on the quality of life of children. This study aimed to see a picture of the quality of life of stunted toddlers. This research design used quantitative descriptive research. The population to be studied were all children with stunting aged 2-5 years in the Banjaran Community Health Center working area, Bandung Regency. The sampling technique used in this study was total sampling with a sample of 151 children. Assessment of the quality of life of stunted children was measured using the PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales Proxy Parent Report instrument from Varni. Analysis of the data used in this study was univariate analysis using the mean value. The results of this study indicated that stunted children aged 2-5 years have a good quality of life of 59.6% and bad as much as 40.4%. The mean value of the whole individual respondent was 83.2 that was still poor value will be at risk of causing stunted children to become stunted. The conclusion from this study was that the average quality of life of stunted toddlers was good, but the quality of life of stunted toddlers was not necessarily good either. It was expected that parents and health workers can maintain the quality of life of these toddlers who were already good to stay good or even improve by making efforts to prevent stunting.

Keywords: Quality of Life, Stunted, Toddler

ABSTRAK

Kejadian *stunting* di Indonesia kini menjadi permasalahan gizi utama. Keadaan *stunted* merupakan awal dari kejadian *stunting* pada anak dan memungkinkan berpengaruh juga terhadap kualitas hidup anak. Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran kualitas hidup balita yang mengalami *stunted*. Rancangan penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif kuantitatif. Populasi yang akan diteliti adalah semua anak penderita *stunting* usia 2-5 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Banjaran Kota Kabupaten Bandung. Teknik *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling* dengan jumlah sampel 151 anak. Penilaian kualitas hidup anak *stunted* diukur menggunakan instrumen *PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales Proxy Parent Report* dari Varni. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat dengan menggunakan nilai mean. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa balita *stunted* usia 2-5 tahun memiliki kualitas hidup baik sebanyak 59,6% dan buruk sebanyak 40,4%. Nilai

mean dari keseluruhan individu responden adalah 83,2 nilai yang masih buruk ini akan berisiko menyebabkan balita *stunted* menjadi *stunting*. Simpulan dari penelitian ini adalah rata-rata kualitas hidup balita *stunted* baik, namun kualitas hidup balita *stunting* belum tentu baik juga. Diharapkan orang tua dan tenaga kesehatan dapat menjaga kualitas hidup balita yang sudah baik ini agar tetap baik atau bahkan meningkat dengan melakukan upaya penyuluhan untuk pencegahan *stunting*.

Kata Kunci: Balita, Kualitas Hidup, Stunted.

PENDAHULUAN

Global Nutrition Report tahun 2016 menunjukkan Indonesia termasuk dalam 108 negara, di antara 132 negara, yang mempunyai tiga masalah gizi, yaitu: *stunting*, *wasting* dan *overweight* pada balita (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Indonesia merupakan negara tertinggi kedua yang menderita *stunting* setelah Kamboja di kawasan Asia Tenggara (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Selama periode 5 tahun sampai tahun 2018 presentase balita *stunting* menurun menjadi 30,8% (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Namun, persentase balita pendek di Indonesia masih tinggi dan merupakan masalah kesehatan yang harus ditanggulangi. WHO (*World Health Organization*) menyatakan bahwa prevalensi balita pendek menjadi masalah kesehatan masyarakat jika prevalensinya melebihi 20% (World Health Organization (WHO), 2019).

Berdasarkan Riskesdas tahun 2013, prevalensi kejadian *stunting* dan *stunted* di Jawa Barat sebanyak 35,3% yang juga lebih baik dari angka nasional (37,2%). Prevalensi balita *stunting* dan *stunted* di Kabupaten Bandung termasuk kedalam 13 kota/kabupaten tertinggi. Pada tahun 2016 jumlah penderita *stunting* dan *stunted* di Jawa Barat ada sebanyak 25,1% balita, sedangkan pada tahun 2017 meningkat menjadi 29,2% balita (Astuti, 2018). Menurut Dinas

Kesehatan Kabupaten Bandung pada tahun 2018, daerah yang memiliki anak *stunted* paling banyak di Kabupaten Bandung berada di Kecamatan Banjaran yaitu berjumlah 1521 balita pendek dan sangat pendek atau 16,05% yang tersebar di 11 desa/kelurahan. Angka tersebut termasuk cukup tinggi dalam masalah kesehatan (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Jawa Barat, 2018; Haenecour et al., 2017).

Menurut WHO tahun 2016, *stunting* adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang dialami anak-anak dari gizi buruk, infeksi berulang, dan stimulasi psikososial yang tidak memadai. Anak-anak dikatakan sebagai *stunted* jika tinggi badan mereka untuk usianya lebih dari minus dua standar deviasi antara median standar pertumbuhan anak WHO. Pertumbuhan yang terhambat memiliki konsekuensi fungsional yang merugikan pada anak. Kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat dari kekurangan gizi kronis menyebabkan anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir, akan tetapi kondisi *stunting* baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun. Balita pendek (*stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) adalah balita dengan nilai Z Score panjang badan per usia (PB/U) atau tinggi badan usia (TB/U), kurang dari -2SD dengan

standar baku Z Score WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) 2006 (Kementerian Kesehatan RI, 2018; World Health Organization (WHO), 2019).

Stunted merupakan tahap awal dari *stunting*, balita yang mengalami *stunting* sudah pasti mengalami *stunted*, sedangkan balita yang mengalami *stunted* belum tentu *stunting*. *Stunting* dan *stunted* disebabkan oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Intervensi yang paling tepat untuk menurunkan prevalensi balita *stunting* adalah saat 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Beberapa faktor yang menjadi penyebab *stunting* dan *stunted* adalah praktik pengasuhan yang kurang baik; masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan kesehatan *Ante Natal Care* (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan), *Post Natal Care* dan pembelajaran dini yang berkualitas; masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi; kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Keadaan *stunting* pada anak dapat menyebabkan beberapa dampak, seperti terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh dalam jangka pendek. Dampak dalam jangka panjangnya adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Pemerintah telah berupaya untuk melakukan intervensi gizi spesifik dan sensitif. Intervensi gizi spesifik, meliputi: suplementasi gizi makro dan mikro (pemberian tablet tambah darah, Vitamin A, taburia), pemberian ASI (Air Susu Ibu) Eksklusif dan MP-ASI (Makanan Pendamping-Air Susu Ibu), fortifikasi, kampanye gizi seimbang, pelaksanaan kelas ibu hamil, pemberian obat cacing, penanganan kekurangan gizi, dan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional). Intervensi gizi sensitif yang telah diberikan oleh pemerintah menurut Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat meliputi intervensi kesehatan lingkungan (program jum'at atau minggu bersih, pembuatan biopori dan *septic tank* komunal), intervensi kemiskinan (pemberian BLT (Bantuan Langsung Tunai), keluarga harapan dan dana PNPM (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat)), dan intervensi pemberdayaan perempuan (penyuluhan kesehatan dan gizi, pemberian tanaman bibit untuk pemanfaatan lingkungan) (Kementerian Kesehatan RI, 2018; Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Pencegahan dan penatalaksanaan *stunting* membutuhkan sinergi program Kementrian/Lembaga. Walaupun telah dilakukan upaya pemerintah untuk menurunkan angka *stunting* di Indonesia, angka *stunting* di Indonesia masih tergolong cukup tinggi (World Health Organization, 2022). Dampak-dampak tersebut bisa saja mempengaruhi kualitas hidup dari anak yang menderita *stunting*.

Menurut WHO, kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu tentang posisi mereka di kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka tinggal dan berhubungan dengan tujuan mereka, ekspektasi, ukuran

dan perhatian (WHO, 1997). Adapun menurut PedsQL (*Pediatric Quality of Life*) kualitas hidup pada anak dapat dilihat dari empat fungsi utama yaitu fungsi fisik, fungsi emosional, fungsi sosial, dan fungsi sekolah (Varni et al., 2005). Fungsi fisik, yaitu: apakah fisik pada anak normal dan anak yang memiliki keterbatasan bisa berbeda, apakah anak tersebut masih bisa memaksimalkan fungsi fisiknya. Fungsi sosial, dapat dilihat dari: interaksi anak tersebut terhadap anak lainnya, apakah anak tersebut bisa berbaur dengan orang disekitarnya. Selanjutnya fungsi emosional dilihat dari respon psikologis anak tersebut: apakah anak tersebut cenderung pendiam atau aktif. Fungsi sekolah pada anak, dapat dilihat dari: bagaimana kognitif anak berkembang, apakah perkembangannya baik atau buruk (Varni et al., 2005).

Menurut hasil penelitian, kondisi *stunting* pada masa kanak-kanak mempengaruhi skor tes IQ (*Intelligence Quotient*) yang lebih rendah, hilangnya produktivitas ekonomi, penurunan fungsi sekolah, dan peningkatan risiko penyakit degeneratif seperti diabetes (Parekh & Pillai, 2016). Hal tersebut menggambarkan bahwa keadaan fungsi fisik anak *stunting* mengalami perbedaan dengan anak normal lainnya, karena anak *stunting* mengalami peningkatan risiko penyakit degeneratif. Menurut penelitian Hanani (2016), anak *stunting* cenderung terhambat perkembangan motorik kasar dan halus yang merupakan salah satu fungsi fisik. Penelitian Primanggita et al. (2018) menyebutkan bahwa terdapat hubungannya kondisi anak *stunting* dengan emosionalnya, anak dengan *stunting* memiliki emosional yang cukup rendah dibandingkan dengan anak normal lainnya.

Kondisi anak dengan *stunting* akan mempengaruhi interaksi anak dengan lingkungan sosialnya, karena anak yang *stunting* memiliki keterbatasan aktivitas fisik daripada anak normal lainnya, sehingga menyebabkan kondisi personal sosialnya terganggu (Hanani, 2016). Untuk fungsi sekolah anak *stunting* tentu berbeda dengan anak normal, karena anak *stunting* mengalami perkembangan kognitif yang lebih rendah, sehingga berpengaruh terhadap motivasi dan prestasi belajar anak *stunting* (Riyanto et al., 2019). Penelitian-penelitian tersebut dapat menggambarkan kondisi anak dengan *stunting* hanya dari salah satu aspek fungsi kualitas hidupnya saja, belum ada penelitian yang menggambarkan keseluruhan fungsi kualitas hidup anak *stunting*.

Desa Baros merupakan desa yang paling banyak terdapat balita *stunted* di Kecamatan Arjasari. Menurut data dari Puskesmas Banjaran Nambo DTP (Dengan Tempat Perawatan) tahun 2018, yaitu terdapat sebanyak 59 anak penderita *stunted*. Selain itu, Desa Baros merupakan desa yang disarankan oleh Puskesmas Banjaran Nambo DTP untuk dilakukan penelitian tentang *stunted*, karena lokasi desa tersebut termasuk yang jauh dari perkotaan dan letak geografisnya berada di perbukitan. Beberapa upaya yang telah dilakukan oleh pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung untuk menurunkan angka *stunting* adalah dengan memperbaiki gizi dan kesehatan ibu hamil melalui promosi kesehatan penanganan ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK), pemberian tablet tambah darah selama kehamilan, memantau pertumbuhan balita di posyandu, dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2016). Program ini sudah dijalankan di beberapa

wilayah, termasuk di Desa Mekarjaya, namun pelaksanaannya belum sepenuhnya efektif sehingga masih terdapat balita *stunted*.

Setelah dilakukan studi pendahuluan di Desa Baros kepada lima orang tua dari balita penderita *stunted* didapatkan bahwa kondisi anak yang terlihat adalah anak-anak tersebut cenderung kurus dan tinggi badannya cenderung lebih rendah dari teman-teman seusianya yang lain, beberapa ibu dari balita tersebut mengatakan bahwa anaknya memiliki masalah sulit makan. Anak-anak tersebut hanya mau memakan makanan yang mereka sukai saja, para orang tua memiliki solusi untuk mengatasi masalah susah makan anaknya dengan mengganti makanan pokok menjadi susu yang disukai anaknya. Setelah ditanya tentang anaknya kepada orangtuanya beberapa anak sering mengalami masalah ketika sedang berjalan dan berlari dan anak-anak tersebut juga sering menderita sakit fisik seperti demam, batuk, dan flu. Untuk masalah emosional, anak-anak tersebut terkadang merasakan takut ketika ada sesuatu yang mereka takuti seperti suara yang kencang atau ketinggian, sedih ketika dimarahi oleh orang tuanya, marah ketika apa yang diinginkan tidak terpenuhi, dan khawatir, namun mereka tidak memiliki masalah untuk tidur. Hampir semua anak tidak memiliki masalah sosial untuk bergaul dan berteman dengan teman sebayanya, mereka masih dapat melakukan hal-hal yang dilakukan oleh teman seusianya, hanya ada satu anak yang pernah mengalami sulit untuk beradaptasi terhadap orang lain yang dianggapnya sebagai orang asing. Fungsi sekolah pada anak-anak ini belum bisa terkaji dikarenakan usia mereka belum termasuk ke dalam usia sekolah, akan tetapi mereka dapat mengikuti

perkembangan apa yang dilakukan oleh anak-anak seusianya dan anak-anak tersebut tidak memiliki masalah kognitif yang serius.

Kualitas hidup manusia juga perlu diperhatikan terutama oleh perawat, karena perawat berperan sebagai pemberi asuhan kepada pasien, dan untuk mahasiswa keperawatan juga perlu mengetahui dan mempelajari tentang kualitas hidup manusia. Peran perawat sebagai edukator juga diperlukan untuk memberikan pengetahuan kepada orang tua tentang apa itu *stunted* dan *stunting*, apa saja penyebabnya, apa saja dampaknya, dan bagaimana cara memperlakukan anaknya apabila telah ditemukan ada pengaruhnya terhadap kualitas hidupnya, serta perawat juga dapat melakukan penyuluhan kepada orang tua balita tentang bagaimana cara meningkatkan atau mempertahankan kualitas hidup yang baik bagi anak balitanya. Oleh karena itu, perlu adanya penelitian yang berkaitan dengan gambaran kualitas hidup pada anak *stunted*.

KAJIAN PUSTAKA

Stunting pada Anak

Menurut WHO, *stunted* atau perawakan pendek atau pengerdilan adalah keadaan dimana kondisi seorang anak lebih pendek atau terlalu pendek untuk usianya lebih dari minus dua standar deviasi di bawah standar yang ditetapkan oleh WHO (Villasís-keever et al., 2012). Sedangkan *stunting* menggambarkan kekurangan status gizi kronik (Ni'mah & Nadhiroh, 2015). Walpole et al. (2018) mengatakan *stunting* dapat didefinisikan sebagai kurangnya tinggi badan berdasarkan usianya dan mencerminkan efek kumulatif dari kekurangan gizi atau malnutrisi jangka panjang, kondisi lingkungan yang buruk, atau

pembatasan potensial pertumbuhan lainnya.

Penyebab *stunted* dan *stunting* terbagi menjadi tiga tingkatan, yaitu pada tingkat yang lebih jauh, tingkat menengah, dan tingkat proksimal. Pada tingkat yang lebih jauh faktor yang mempengaruhinya adalah sosial, ekonomi, lingkungan, tata kelola yang buruk, kebijakan politik yang salah arah, kepemimpinan yang lemah, dan kapasitas teknis yang terbatas dalam gizi. Sedangkan pada tingkat menengah faktor yang mempengaruhinya adalah kerawanan pangan, sumber daya pangan yang tidak memadai, kondisi perumahan yang tidak aman dan higienis, dan akses dan pemanfaatan layanan yang terbatas. Terakhir pada tingkat proksimal yang mempengaruhi adalah penyediaan makanan yang kaya nutrisi, memastikan pemberian makanan yang baik dan praktik pengasuhan, dan mengendalikan paparan agen yang terinfeksi (Black, 2018).

Dampak *Stunted* dan *Stunting*

Andriyani et al. (2019) mengatakan bahwa *stunted* dan *stunting* memiliki bermacam-macam efek yang ditimbulkan, yaitu mengurangi kemampuan untuk berpikir dan menurunkan fungsi kognitif, *stunting* dapat mengganggu proses metabolisme dalam tubuh anak dan mengurangi produktivitas anak, dan biasanya anak *stunting* memiliki penghargaan atau prestasi akademik lebih sedikit daripada anak normal lainnya (Andriyani et al., 2019). Generasi yang tumbuh optimal alias tidak *stunting* memiliki tingkat kecerdasan yang lebih baik, akan memberikan daya saing yang baik di bidang pembangunan dan ekonomi (Aryastami, 2017). Pertumbuhan optimal juga dapat mengurangi beban terhadap risiko penyakit

degeneratif sebagai dampak sisa yang terbawa dari dalam kandungan.

Upaya yang Telah Dilakukan untuk Mencegah *Stunted* dan *Stunting*

Stunted dan *stunting* terjadi tidak hanya di negara Indonesia, melainkan negara-negara lainnya terutama pada negara berkembang. Setiap negara mencoba menurunkan angka penderita *stunted* dan *stunting* di negaranya masing-masing dengan berbagai upaya. Pemerintah atau Kemenkes RI di Indonesia sendiri telah mengupayakan Gerakan Penyelamatan 1000 HPK pada tanggal 30 Oktober 2013 yang mengacu pada *Scaling Up Nutrition* atau *SUN Framework* (Sumarmi, 2017). Kebijakan pemerintah ini dituangkan ke dalam Peraturan Pemerintah No. 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi. Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka Penyelamatan Seribu Hari Pertama oleh pemerintah, dilakukan dengan cara memberikan intervensi gizi spesifik dan sensitif untuk menurunkan angka balita ted dan *stunting* (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Kualitas Hidup Anak dengan *Stunted* dan *Stunting*

Menurut WHO, kualitas hidup manusia adalah persepsi individual tentang posisi di masyarakat dalam konteks nilai dan budaya terkait adat setempat dan berhubungan dengan keinginan dan harapan yang merupakan pandangan multidimensi, yang tidak terbatas hanya dari fisik tetapi juga dari aspek psikologis (WHO, 1997). WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) mengatakan kualitas hidup berpengaruh pada kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kepuasan, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan. Untuk mengukur kualitas hidup anak dapat

mengajukan pertanyaan kepada anaknya langsung atau melalui orang tuanya atau orang yang terdekat dan tahu tentang anak tersebut (Muhaimin, 2010). Kualitas hidup anak berdasarkan (Varni et al., 2005) terdiri dari fungsi fisik, fungsi emosional, fungsi sosial, dan fungsi sekolah.

Keadaan fungsi fisik anak *stunting* mengalami perbedaan dengan anak normal lainnya karena anak *stunting* mengalami peningkatan risiko penyakit degeneratif (Parekh & Pillai, 2016; Verdugo et al., 2005). Menurut penelitian Hanani (2016), anak *stunting* cenderung terhambat perkembangan motorik kasar dan halus yang merupakan salah satu fungsi fisik.

Fungsi emosional atau aspek psikologis pada kualitas hidup berhubungan dengan kondisi mental individu. Penelitian Primanggita et al. (2018) menyebutkan bahwa terdapat hubungannya kondisi anak *stunting* dengan emosionalnya, anak dengan *stunting* memiliki emosional yang cukup rendah dibandingkan dengan anak normal lainnya.

Fungsi sosial atau aspek hubungan sosial adalah hubungan antar individu atau lebih yang saling mempengaruhi tingkah laku satu sama lain. Kondisi anak dengan *stunting* akan mempengaruhi interaksi anak dengan lingkungan sosialnya, karena anak yang *stunting* memiliki keterbatasan aktivitas fisik daripada anak normal lainnya sehingga menyebabkan kondisi personal sosialnya terganggu (Mediani et al., 2022; Hanani, 2016).

Fungsi sekolah pada anak dapat dilihat dari kesesuaian atau kesetaraan ilmu atau kemampuan intelektual seseorang berdasarkan usianya saat ini. Fungsi sekolah pada anak dapat dilihat dari bagaimana kognitif anak berkembang, apakah perkembangannya baik atau buruk

(Varni et al., 2005). Fungsi sekolah juga dapat dilihat dari nilai kognitif pada anak dengan menghitung skor IQ atau *Intelligence Quotient*, motivasi belajar, dan prestasi belajar di sekolah (Riyanto et al., 2019).

Peran perawat sebagai *care giver* adalah memberikan asuhan kepada anak *stunted* dan *stunting* dengan cara memberikan makanan dengan gizi yang cukup dan sesuai, perawat dapat juga melakukan asuhan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan asupan gizi pada anak yang sesuai (Maria et al., 2019). Peran perawat sebagai peneliti yaitu dapat mencari tahu dan mengidentifikasi bagaimana gambaran kualitas hidup dari anak-anak yang mengalami *stunted* dan *stunting*. Lalu sebagai edukator menjelaskan kepada orangtua atau keluarga apa itu *stunted* dan *stunting*, apa saja penyebab *stunted* dan *stunting*, bagaimana cara mencegahnya dan bagaimana baiknya tindakan yang seharusnya dilakukan untuk memperbaiki kualitas hidup anak yang buruk atau menjaga agar kualitas hidup anak yang sudah baik menjadi tetap baik. Sebagai perawat dapat juga melakukan pencegahan *stunting* terhadap balita yang *stunted* dengan cara mengawasi pola makanan.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka identifikasi masalah dari penelitian ini adalah bagaimanakah gambaran kualitas hidup pada balita *stunted*?

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif untuk melihat gambaran kualitas hidup pada anak *stunted* usia balita. Pendekatan yang dilakukan adalah pendekatan *cross-sectional* dimana

peneliti hanya melakukan penelitian tanpa ada tindak lanjut.

Populasi dari penelitian ini adalah balita dengan kondisi *stunted* yang sudah terdata di Puskesmas Banjaran Kota Kecamatan Banjaran Kabupaten Bandung tahun 2018 yang berjumlah 215 anak. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling* sehingga didapatkan sebanyak 151 anak dengan kriteria anak yang berusia 2-5 tahun dengan kategori tinggi badan termasuk *stunted*. Terdapat beberapa responden yang sudah tidak termasuk kedalam kriteria responden karena sudah berusia diatas 5 tahun pada saat dilakukan pengambilan data.

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan berupa kuisisioner PedsQLTM 4.0 *Generic Core Scales Proxy Parent Report* untuk usia 2-5 tahun versi bahasa Indonesia untuk mengukur kualitas hidup pada balita penderita *stunted*. Kuisisioner PedsQLTM 4.0 *Generic Core Scales Proxy Parent Report* adalah kuisisioner yang dikembangkan oleh Varni pada tahun 2005 yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup anak umur 2-18 tahun dan bisa digunakan untuk individu yang sehat dan sakit. Pada instrumen ini mengkaji fungsi fisik, fungsi emosional, fungsi sosial dan fungsi sekolah yang akan mempengaruhi kualitas hidup seorang anak.

Instrumen ini terdiri dari 21 pertanyaan yang terbagi menjadi fungsi fisik (8 item), fungsi emosional (5 item), fungsi sosial (5 item), dan fungsi sekolah (3 item) menggunakan skala likert, dengan pilihan jawaban 0 sampai 4. Nilai 0 jika tidak pernah menjadi masalah, nilai 1 jika hampir tidak pernah menjadi masalah, nilai 2 jika kadang-kadang menjadi masalah, nilai 3 jika sering menjadi masalah, dan nilai 4 jika hampir selalu menjadi masalah. Untuk setiap skor

jawaban dari pertanyaan diberikan skor 0 (tidak pernah) = 100; skor 1 (hampir tidak pernah) = 75; skor 2 (kadang-kadang) = 50; skor 3 (sering) = 25; dan skor 4 (hampir selalu) = 0.

Instrumen PedsQLTM 4.0 *Generic Core Scales Proxy Parent Report* merupakan karya Dr. James W. Varni, Ph.D yang dikembangkan dari tahun 1998-2017 dan telah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia melalui tahap validasi bahasa dan budaya oleh tim akademis lokal dengan izin *Mapi Research Trust*. Instrumen PedsQLTM 4.0 *Generic Core Scales Proxy Parent Report* merupakan karya Dr. James W. Varni, Ph.D merupakan alat ukur yang telah diuji konsistensi dan reliabilitasnya. Hasil *Cronbach's alpha* untuk *self report* 0,88 dan *parent proxy report* 0,90. Nilai tersebut menunjukkan instrumen dapat digunakan dengan reliabilitas yang sangat tinggi.

Penelitian ini sudah mendapatkan persetujuan etik dari Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Universitas Padjadjaran dengan nomor 50/UN6.KEP/EC/2020 pada tanggal 14 Januari 2020. Dalam melakukan penelitian, peneliti menerapkan prinsip etika penelitian yang terdiri dari *autonomy*, *beneficence*, *nonmaleficence*, *confidentiality*, dan *justice*. Pengambilan data dilakukan di Desa Mekarjaya Wilayah Kerja Puskesmas Banjaran Kota Kecamatan Banjaran Kabupaten Bandung Jawa Barat pada bulan Januari - Februari 2020.

Pada penelitian ini analisis data menggunakan analisis univariat dengan menggunakan nilai *mean* untuk menentukan baik atau buruk karena data yang dihasilkan memiliki distribusi yang normal. Untuk skor *mean* responden dapat dimasukkan dan dihitung jika responden menjawab lebih dari 50% poin pertanyaan yang ada, jika dibawah

itu tidak dapat dihitung skor *mean* nya. Skor individu responden dilakukan dengan menjumlahkan skor pertanyaan yang dijawab dibagi dengan jumlah pertanyaan yang dijawab. Nilai *mean* didapatkan dari nilai rata-rata semua skor individu

responden. Kualitas hidup dikategorikan: 1) kualitas hidup baik apabila skor individu responden \geq nilai *mean*; dan 2) kualitas hidup dikategorikan buruk apabila skor individu responden $<$ nilai *mean*.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik responden dalam penelitian ini dibagi menjadi

karakteristik pemberi asuhan dan karakteristik anak.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi dan Presentase Jenis Pemberi Asuhan pada Balita *Stunted* di Desa Mekarjaya (n=151)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Hubungan dengan Anak		
Orang tua	139	92,1
Kerabat/Keluarga	7	4,6
Lain-lain	5	3,3
Pendidikan Terakhir		
SD/ sederajat	65	43,0
SMP/ sederajat	65	43,0
SMA/ sederajat	18	11,9
Perguruan Tinggi	3	2,1
Pendapatan Perbulan		
< UMR	126	83,4
\geq UMR	25	16,6

Tabel 1 menunjukkan hasil analisis karakteristik pemberi asuhan pada balita *stunted*. Pada karakteristik pemberi asuhan diketahui bahwa mayoritas sejumlah 139 orang (92,1%) merupakan orang

tua, sebanyak 65 orang (43%) berpendidikan terakhir SD dan SMP, dan sebanyak 126 responden (83,4%) berpendapatan kurang dari Upah Minimum Regional (UMR) Kabupaten Bandung.

Tabel 2 Distribusi Frekuensi dan Presentase Balita *Stunted* Usia 2-5 Tahun di Desa Mekarjaya (n=151)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Jenis Kelamin Anak		
Laki-laki	73	48,3
Perempuan	78	51,7

Tabel 2 hasil analisis karakteristik anak balita *stunted* usia 2-5 tahun menunjukkan bahwa mayoritas anak berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 78 orang (51,7%).

Berikut merupakan hasil analisis data kualitas hidup balita *stunted* di Desa Mekarjaya Kecamatan Banjaran.

Tabel 3 Nilai Rata-rata dan Standar Deviasi Kualitas Hidup Balita *Stunted* di Desa Mekarjaya Kecamatan Banjaran (n=151)

Kategori Kualitas Hidup	Nilai Rata-rata	Standar Deviasi	Nilai Maksimum- Nilai Minimum
Kualitas Hidup Total	83,2	±11,7	100-0
Kualitas Hidup Fungsi Fisik	80,3	±3,4	100-0
Kualitas Hidup Fungsi Emosional	73,7	±2,0	100-0
Kualitas Hidup Fungsi Sosial	87,5	±5,4	100-0
Kualitas Hidup Fungsi Sekolah	98,6	±3,8	100-0

Tabel 3 menunjukkan nilai rata-rata kualitas hidup keseluruhan balita *stunted* adalah 83,2, dengan standar deviasi ±11,7, yang memiliki arti bahwa individu yang memiliki nilai rata-rata dibawah 83,2 kualitas hidupnya buruk dan yang memiliki nilai rata-rata 83,2 atau lebih kualitas hidupnya baik. Nilai rata-

rata kualitas hidup fungsi sekolah seluruh balita *stunted* di Desa Mekarjaya menurut tabel 3 adalah yang paling tinggi, yaitu 98,6 dengan standar deviasi ±3,8. Sedangkan nilai rata-rata kualitas hidup yang paling rendah terdapat di fungsi emosional dengan nilai rata-rata 73,7 dan standar deviasi ±2.

Tabel 4 Distribusi Frekuensi dan Presentase Kualitas Hidup Balita *Stunted* di Desa Mekarjaya Kecamatan Banjaran (n=151)

Kategori Kualitas Hidup	Kategori	
	Baik f (%)	Buruk f (%)
Kualitas Hidup Total	90(59,6%)	61(40,4%)
Kualitas Hidup Fungsi Fisik	92(60,9%)	59(39,1%)
Kualitas Hidup Fungsi Emosional	79(52,3%)	72(47,7%)
Kualitas Hidup Fungsi Sosial	91(60,3%)	60(39,7%)
Kualitas Hidup Fungsi Sekolah	143(94,7%)	8(5,3%)

Tabel 4 menunjukkan lebih banyak balita yang berkualitas hidup baik yaitu sebanyak 90 orang (59,6%). Di setiap masing-masing fungsi juga berada dalam kategori baik, yaitu fungsi fisik 92 orang (60,9%), fungsi emosional 79 orang (52,3%), fungsi sosial 91 orang

(60,3%) dan fungsi sekolah 143 orang (94,7%).

Pada keempat fungsi kualitas hidup dibagi menjadi beberapa butir pertanyaan. Berikut adalah tabel rata-rata hasil dari setiap butir pertanyaan domain kualitas hidup balita:

Tabel 5 Kualitas Hidup Balita *Stunted* di Desa Mekarjaya Kecamatan Banjaran Berdasarkan Butir Pertanyaan Fungsi Kualitas Hidup (n=151)

Butir Pertanyaan	Rata-rata
Fungsi Fisik	
Q1 : Memiliki masalah berjalan	82,0
Q2 : Memiliki masalah berlari	75,8
Q3 : Memiliki masalah berolahraga atau latihan fisik	86,1

Q4 :	Memiliki masalah mengangkat benda yang berat	84,6
Q5 :	Memiliki masalah mandi	75,2
Q6 :	Memiliki masalah berkebutan di sekitar rumah	83,3
Q7 :	Memiliki masalah merasa sakit	72,0
Q8 :	Memiliki masalah memiliki sedikit tenaga	86,6
Fungsi Emosional		
Q1 :	Memiliki masalah merasa takut	70,2
Q2 :	Memiliki masalah merasa sedih	68,4
Q3 :	Memiliki masalah merasa marah	60,8
Q4 :	Memiliki masalah tidur	81,8
Q5 :	Memiliki masalah khawatir	83,4
Fungsi Sosial		
Q1 :	Memiliki masalah bermain dengan anak-anak lain	73,2
Q2 :	Memiliki masalah anak-anak lain tidak mau bermain dengannya	91,9
Q3 :	Memiliki masalah diejek oleh anak-anak lain karena pendek dan kurus	93,7
Q4 :	Memiliki masalah tidak dapat melakukan kegiatan yang teman-teman seusianya dapat lakukan	92,1
Q5 :	Memiliki masalah sulit untuk berteman	90,1
Fungsi Sekolah		
Q1 :	Memiliki masalah melakukan kegiatan sekolah yang sama dengan temannya	97,5
Q2 :	Memiliki masalah tidak masuk sekolah karena merasa tidak enak	99,3
Q3 :	Memiliki masalah tidak masuk sekolah karena sakit	99,7

Nilai rata-rata yang paling tinggi dari setiap butir pertanyaan di fungsi fisik menurut tabel 5 adalah pertanyaan ke-8 yaitu memiliki sedikit tenaga yang berjumlah 86,6,

dan pertanyaan yang memiliki nilai rata-rata paling rendah adalah pertanyaan nomor 7 tentang memiliki masalah merasa sakit dengan nilai 72,0.

Tabel 6 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Balita *Stunted* di Desa Mekarjaya Kecamatan Banjaran Berdasarkan dengan Karakteristik Responden dan Anak

Karakteristik	Total	Kategori	
		Baik <i>f</i> (%)	Buruk <i>f</i> (%)
Hubungan dengan Anak			
Orang Tua	139	81(58,2%)	58(41,8%)
Kerabat	7	5(71,5%)	2(28,5%)
Lain-lain	5	4(80,0%)	1(20,0%)
Pendidikan Terakhir			
SD/ sederajat	65	32(49,3%)	33(50,7%)
SMP/ sederajat	65	44(67,7%)	21(32,3%)
SMA/ sederajat	18	11(61,2%)	7(38,8%)
Perguruan Tinggi	3	3(100,0%)	0(0,0%)
Pendapatan Perbulan			
< UMR	126	75(59,5%)	51(40,5%)
≥ UMR	25	15(60,0%)	10(40,0%)

Jenis Kelamin Anak			
Laki-laki	73	39(53,4%)	34(46,6%)
Perempuan	78	51(65,4%)	27(34,6%)

Tabel 6 menunjukkan bahwa anak yang diasuh oleh orang tuanya sebanyak 41,8% memiliki kualitas hidup yang buruk, responden yang berpendidikan terakhir SD/ sederajat memiliki balita yang kualitas hidupnya buruk sebanyak 50,7%, jika dilihat melalui pendapatan perbulan responden, yang memiliki kualitas hidup rendah terdapat pada responden yang berpendapatan kurang dari UMR sebanyak 40,5%, dan jenis kelamin balita yang berkualitas hidup rendah adalah laki-laki sebanyak 46,6%.

PEMBAHASAN

Kualitas Hidup Balita *Stunted*

Pada penelitian ini didapatkan nilai hasil rata-rata kualitas hidup balita *stunted* di Desa Mekarjaya Kecamatan Banjaran adalah 83,2. Sebanyak 90 anak (59,6%) memiliki kualitas hidup baik dan sebanyak 61 anak (40,4%) memiliki kualitas hidup yang buruk. Hal ini menunjukkan bahwa lebih banyak balita *stunted* yang memiliki kualitas hidup baik. Kualitas hidup pada balita *stunted* yang baik belum tentu sama dengan kualitas hidup balita *stunting* nantinya.

Kualitas hidup pada anak dapat dilihat dari beberapa faktor yang mempengaruhi, seperti: secara global, eksternal, interpersonal, dan personal (Sidabutar et al., 2012). Faktor global meliputi kebijakan pemerintah dan asas-asas dalam masyarakat yang memberikan perlindungan anak, dan pelayanan kesehatan. Untuk kebijakan pemerintah tentang balita *stunted* dan *stunting* sudah mulai menerapkan intervensi gizi spesifik dan sensitif di desa-desa yang

terdapat banyak balita *stunting* dan *stuntednya*, sehingga kini kualitas hidup balita-balita *stunted* sudah baik dan meningkat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya.

Faktor eksternal meliputi infeksi (penyakit lain), pada balita *stunted* di Desa Mekarjaya sudah lebih jarang menderita sakit infeksi. Selanjutnya adalah lingkungan atau tempat tinggal (letak geografis rumah), tempat tinggal balita *stunted* di Desa Mekarjaya sudah termasuk ke dalam syarat tempat tinggal yang sehat menurut Kementerian Kesehatan RI, sanitasi di rumah-rumahnya juga sudah baik karena jarak jamban dengan sumber airnya sudah lebih dari 10 meter dan jamban atau pembuangan sampahnya tidak mencemari sumber air. Terakhir adalah pendidikan orang tua dan status ekonomi keluarga, pada pendidikan orang tua dan status ekonomi keluarga di Desa Mekarjaya cenderung rendah, karena mayoritas orang tua berpendidikan terakhir SD atau SMP dan berpenghasilan dalam satu bulan kurang dari UMR, namun edukasi orang tua dalam pemberian gizi pada anak balitanya kini terbantu dengan peran kader sebagai perpanjangan tangan dari tenaga kesehatan yang aktif memberikan penyuluhan dan membantu memantau gizi balita-balita di Desa Mekarjaya. Kemungkinan hal ini membuat kualitas hidup balita dengan *stunted* dalam keadaan baik.

Faktor interpersonal, antara lain adalah hubungan sosial dengan keluarga (ayah, ibu, saudara kandung, dan saudara lain) dan hubungan sosial dengan teman sebaya, untuk faktor interpersonal

balita di Desa Mekarjaya memiliki hubungan sosial yang baik dengan keluarganya dan teman-temannya menurut responden. Terakhir faktor personal antara lain jenis kelamin, usia, status gizi, hormonal dan riwayat genetik keluarga (Muhaimin, 2010).

Untuk faktor personal pada balita menurut penelitian Dranesia et al. (2019) balita yang paling banyak mengalami *stunted* dan *stunting* adalah balita yang berjenis kelamin laki-laki, karena memiliki nafsu makan yang lebih banyak dan aktivitas yang lebih banyak daripada balita perempuan, namun di Desa Mekarjaya lebih banyak balita yang berjenis kelamin perempuan, karena memang yang terdata di puskesmas balita perempuan lebih banyak jumlahnya dibandingkan dengan balita laki-laki di Desa Mekarjaya. Balita *stunted* di Desa Mekarjaya cenderung memiliki status gizi yang baik menurut data dari Puskesmas Banjaran Kota tahun 2019, dan menurut responden tidak ada riwayat penyakit genetik yang diderita oleh keluarga balita-balita tersebut. Berdasarkan faktor-faktor kualitas hidup anak di atas, menunjukkan bahwa terdapat kemungkinan yang menyebabkan kualitas hidup balita-balita *stunted* di Desa Mekarjaya baik, dan kemungkinan terdapat perbedaan antara kualitas hidup balita *stunted* dengan balita *stunting*.

Apabila dilihat dari masing-masing fungsi kualitas hidup, fungsi yang memiliki nilai rata-rata terendah adalah fungsi fisik dan emosional karena nilainya terdapat di bawah nilai rata-rata total, sedangkan yang baik adalah fungsi sosial dan sekolah. Berdasarkan hasil analisis data didapatkan bahwa hasil kualitas hidup balita *stunted* bervariasi. Kualitas hidup balita yang baik terdapat di fungsi sosial dan fungsi sekolah; sedangkan kualitas

hidup yang buruk terdapat di fungsi fisik dan emosional. Anak usia prasekolah merupakan anak usia 3-6 tahun yang mempunyai tanggung jawab besar dalam aktivitas mereka sehari-hari dan menunjukkan tingkat yang lebih matang untuk dapat berinteraksi dengan orang lain (Wijirahayu et al., 2016). Hal tersebut memungkinkan bahwa anak balita memiliki risiko nilai kualitas hidup fungsi fisik yang lebih rendah dan fungsi sosial lebih tinggi dari fungsi lainnya. Meski demikian, beberapa anak memiliki nilai kualitas hidup yang baik di semua fungsi, sehingga nilai-nilai yang sudah baik perlu dipertahankan bahkan ditingkatkan kalau bisa.

Kualitas Hidup Balita *Stunted* berdasarkan Fungsi Fisik

Kualitas hidup fungsi fisik terdiri dari 8 butir pertanyaan, dimana pertanyaan dengan nilai rata-rata tertinggi terdapat pada nomor 8 tentang memiliki masalah sedikit tenaga (86,6%). Pada penelitian ini ditemukan bahwa beberapa balita tidak banyak memiliki masalah tentang melakukan aktivitas fisik, masalah fisik yang paling banyak dialami oleh balita *stunted* di Desa Mekarjaya adalah sering merasa sakit dalam satu bulan terakhir (72%), akan tetapi masalah sering merasa sakit sudah lebih berkurang dibandingkan tahun-tahun sebelumnya.

Pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam fungsi fisik antara lain adalah berjalan, berlari, berolahraga atau latihan fisik, mengangkat benda yang berat, mandi, berkebun di sekitar rumah, merasa sakit dan memiliki sedikit tenaga. Beberapa balita sudah tidak memiliki masalah dalam berjalan dan berlari, biasanya beberapa balita memiliki masalah berjalan dan berlari saat usianya masih sangat muda, masalah yang biasanya terjadi

saat berjalan dan berlari adalah terjatuh. Untuk permasalahan berolahraga atau latihan fisik, mengangkat benda yang berat, berkebun di sekitar rumah, dan memiliki sedikit tenaga tidak terlalu ada masalah pada balita-balita tersebut, hanya terdapat beberapa balita yang kadang terlihat lemas. Untuk masalah mandi, hampir semua balita tidak memiliki masalah saat mandi. Terakhir untuk permasalahan di fungsi fisik yang paling sering dialami oleh beberapa balita adalah merasa sakit dalam satu bulan terakhir, sakit yang paling sering diderita adalah sakit seperti flu, batuk, dan demam.

Menurut hasil penelitian Parekh dan Pillai (2016), balita *stunting* mengalami peningkatan penyakit degeneratif, hal tersebut tidak sejalan dengan temuan hasil penelitian di lapangan. Balita *stunting* memiliki keterhambatan fungsi motorik kasar dan halusya menurut hasil penelitian (Hanani, 2016), sedangkan menurut hasil penelitian di Desa Mekarjaya balita *stunted* tidak ada masalah dalam motorik kasar dan halusya. Balita-balita *stunted* di Desa Mekarjaya tidak memiliki tanda-tanda peningkatan penyakit degeneratif dan masalah dalam motorik kasar dan halusya karena balita *stunted* status gizinya masih cenderung baik, hanya terhambat di tinggi badannya saja yang lebih rendah dari balita normal lainnya. Sehingga perlu adanya pengawasan kepada balita-balita *stunted* tersebut agar tidak menjadi *stunting* dengan cara meningkatkan asupan gizi terutama yang mengandung zat besi dan *zinc*, karena menurut Losong dan Adriani (2017), balita dengan *stunting* memiliki kandungan hemoglobin, zat besi dan *zinc* lebih rendah dari balita non *stunting*.

Kualitas Hidup Balita *Stunted* berdasarkan Fungsi Emosional

Pada fungsi emosional kualitas hidup terdiri dari 5 pertanyaan, dimana rata-rata dengan nilai terendah terdapat pada nomor 3 (60,8%) tentang memiliki masalah marah. Pada penelitian ini, masalah emosional balita *stunted* cenderung lebih buruk dibandingkan dengan masalah pada fungsi-fungsi lain dalam kualitas hidup. Beberapa responden mengatakan bahwa anak balitanya memang sering marah dalam hal-hal tertentu, dan banyak juga yang sering nangis setiap harinya.

Pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dalam fungsi emosional adalah merasa takut, sedih, marah, khawatir, dan masalah tidur. Untuk permasalahan merasa takut dan khawatir, beberapa balita terkadang merasa takut dan khawatir ketika ada hal yang membuat mereka takutkan. Berbeda dengan masalah takut dan khawatir, masalah sedih dan marah hampir sering terjadi pada beberapa balita, balita-balita tersebut hampir setiap hari ada hal yang membuatnya nangis dan merajuk kepada orang tua atau pengasuhnya. Untuk masalah tidur, rata-rata balita tidak memiliki masalah tidur karena selalu tidur di jam yang sesuai untuk usia anak-anak.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa fungsi emosional balita *stunted* cenderung lebih rendah dari fungsi-fungsi kualitas hidup lainnya walaupun masih tergolong ke dalam nilai rata-rata yang baik, hal ini sejalan dengan penelitian Amaranggani et al. (2018) yang menyatakan bahwa balita *stunting* memiliki fungsi emosional yang lebih rendah dibandingkan dengan anak normal lainnya. Akan tetapi, hasil penelitian di lapangan tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rafika et al. (2019)

yang berkata bahwa anak *stunting* cenderung cemas, rentan depresi, memiliki kepercayaan diri yang rendah, dan memiliki perilaku hiperaktif. Terdapat kemungkinan hal tersebut tidak sejalan karena balita *stunted* berbeda dengan balita *stunting* yang gizinya masih lebih baik daripada balita yang sudah *stunting*. Akan tetapi nilai fungsi emosional yang lebih rendah pada balita harus diperhatikan juga oleh orang tuanya, karena ada kemungkinan akan berdampak pada masa tumbuh kembang anak nantinya. Balita yang mengalami keterlambatan perkembangan sosial emosi akan berdampak negatif terhadap fungsi perkembangan dan kesiapan sekolah mereka. Keterlambatan perkembangan sosial emosi anak pada usia dini cenderung akan lebih berisiko untuk berperilaku maladaptif di kemudian hari (Wijirahayu et al., 2016).

Kualitas Hidup Balita *Stunted* berdasarkan Fungsi Sosial

Fungsi sosial pada kualitas hidup terdiri dari 5 pertanyaan, dimana pada balita *stunted* rata-rata nilai tertingginya terdapat pada pertanyaan ke- 3 yaitu tentang memiliki masalah diejek oleh anak-anak lain karena pendek dan kurus (93,7%), karena menurut responden anak-anak yang lain di sana tidak pernah membedakan ketika berteman walaupun balita *stunted* terlihat lebih pendek dan kurus dibandingkan dengan anak-anak lainnya.

Pertanyaan-pertanyaan yang terdapat pada fungsi sosial antara lain bermain dengan anak-anak lain, anak-anak lain tidak mau bermain dengannya, diejek oleh anak-anak yang lain karena kurus dan pendek, tidak dapat melakukan kegiatan yang teman-teman seusianya dapat lakukan, dan sulit untuk berteman. Untuk permasalahan tentang

bermain dengan anak-anak lain terkadang beberapa balita tersebut memiliki masalah saat bercanda dengan anak-anak lain, tetapi tidak pernah diejek karena masalah fisiknya yang terlihat pendek dan kurus, balita-balita tersebut juga masih bisa melakukan kegiatan yang anak-anak lain lakukan.

Balita dengan *stunting* cenderung memiliki hambatan dalam interaksi sosial karena memiliki keterbatasan dalam fisiknya menurut hasil penelitian (Hanani, 2016). Adapun hasil penelitian lain menyatakan bahwa balita *stunting* memiliki risiko disfungsi psikososial yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan anak normal lainnya (Rafika et al., 2019). Berbeda dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya, balita *stunted* tidak memiliki masalah dalam interaksi sosial dan disfungsi psikososial. Balita *stunted* di Desa Mekarjaya masih aktif bermain dengan teman-teman sebayanya walaupun memiliki tinggi badan yang lebih pendek dibandingkan teman-temannya yang lain, balita-balita tersebut juga tidak terdapat tanda-tanda adanya disfungsi psikososial.

Nilai yang sudah baik di fungsi sosial ini tetap perlu diawasi dengan cara menjaga kebutuhan nutrisinya agar tidak menurun dan menjadikan balita-balita tersebut *stunting*. Menurut penelitian Hanani, balita yang kekurangan gizi cenderung lebih senang bermain sendiri di dalam rumah karena tidak dapat bermain dengan teman sebayanya yang permainannya lebih kompleks (Hanani, 2016). Hal tersebut berpengaruh terhadap hubungan anak dengan interaksi sosialnya dan perkembangan personalnya. Rafika et al. (2019) menyatakan anak dengan *stunting* dapat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia Indonesia untuk berdaya saing dengan negara-negara lainnya.

Kualitas Hidup Balita *Stunted* berdasarkan Fungsi Sekolah

Kualitas hidup fungsi sekolah berjumlah 3 pertanyaan, dan merupakan yang nilai rata-ratanya paling tinggi dibandingkan fungsi-fungsi kualitas hidup lainnya. Pada penelitian ini, fungsi sekolah tidak dapat dikaji lebih rinci dikarenakan balita yang menjadi responden belum memasuki usia sekolah, hanya terdapat beberapa balita yang sudah mulai mengikuti kegiatan sekolah. Nilai rata-rata yang paling tinggi terdapat pada pertanyaan nomor 3 tentang tidak masuk sekolah karena sakit (99,7%). Sedangkan untuk 2 pertanyaan lainnya pada fungsi sekolah adalah melakukan kegiatan sekolah yang sama dengan temannya dan tidak masuk sekolah karena merasa tidak enak, tidak terdapat masalah juga walaupun memiliki nilai rata-rata yang lebih rendah dibandingkan pertanyaan nomor 3.

Menurut Riyanto et al. (2019), kualitas hidup fungsi sekolah dapat diukur dengan melihat skor IQ, motivasi belajar, dan prestasi belajar anak di sekolah. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, balita *stunted* memiliki motivasi dan prestasi belajar yang sama dengan anak normal lainnya. Akan tetapi, balita yang *stunted* ini berisiko untuk menjadi *stunting* apabila tidak dijaga tumbuh kembangnya dan pola asuh dari orang tuanya. Jika balita-balita tersebut menjadi balita *stunting* akan berdampak pada masa remajanya kelak. Setelah beranjak remaja, anak *stunting* dapat berisiko memiliki kemampuan kognitif yang rendah, yaitu kurang berkembang 18,333 kali lebih besar dibandingkan dengan remaja tidak *stunting* (Rahmaningrum & Dasuki, 2017).

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa balita *stunted* sebagian besar memiliki kualitas hidup baik dan sebagian memiliki kualitas hidup buruk. Sementara itu, apabila ditinjau berdasarkan dimensi kualitas hidup maka balita *stunted* sebagian besar memiliki kualitas hidup baik dan sebagian kecil memiliki kualitas hidup buruk pada dimensi fungsi fisik dan fungsi sosial. Adapun pada dimensi fungsi emosional, balita *stunted* sebagian memiliki kualitas hidup baik dan sebagian memiliki kualitas hidup buruk. Sementara itu pada dimensi fungsi sekolah, hampir seluruh balita *stunted* memiliki kualitas hidup baik.

Kualitas hidup yang sudah baik ini harus dipertahankan tetap baik atau bahkan meningkat dan tidak menjadi turun kualitas hidupnya, agar anak bisa menjalani kehidupannya dengan baik, baik dari fungsi fisiknya, fungsi emosionalnya, fungsi sosialnya, ataupun fungsi sekolahnya. Sehingga dalam hal ini dibutuhkan upaya untuk tetap mempertahankan bahkan meningkatkan kualitas hidup yang baik dan meningkatkan kualitas hidup yang masih buruk pada balita *stunted*.

Dengan demikian, maka diharapkan tenaga kesehatan, khususnya perawat, dapat melakukan upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup balita *stunted* diantaranya dengan memantau tumbuh kembang anak, menstimulasi tumbuh kembang anak, dan memberikan penyuluhan kepada orang tua tentang gizi yang baik dan tepat untuk diberikan pada anak. Selain itu, dalam hal ini orang tua merupakan sosok yang paling berperan terhadap kualitas hidup anak. Orang tua dari balita *stunted*

harus selalu memeriksa pertumbuhan dan perkembangan balita, menstimulasi perkembangan balita, dan berupaya untuk selalu menjaga asupan gizi yang baik untuk balita. Berbagai upaya ini dilakukan agar balita *stunted* tidak sampai mengalami *stunting*.

Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan data dasar untuk memperdalam penelitian tentang kualitas hidup balita *stunted*. Selain itu, diharapkan ada penelitian lain tentang kualitas hidup balita *stunting* agar dapat mengetahui perbedaan gambaran kualitas hidup balita *stunted* dan *stunting*. Dan juga dapat dilakukan penelitian terkait intervensi untuk meningkatkan kualitas hidup balita *stunted* dan *stunting*.

DAFTAR PUSTAKA

- Amaranggani, P. P. A., Santoso, S., & Djanah, N. (2018). Hubungan kejadian stunting dengan perkembangan sosial emosional anak prasekolah di wilayah kerja Puskesmas Kalasan Kabupaten Sleman. *Repository Poltekkes Jogja*.
- Andriyani, R., Setiawan, A., & Fitriyani, P. (2019). Identifying causal risk factors for stunting in children under five years of age in South Jakarta, Indonesia. *Enfermeria Clínica*, *xx*, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.093>
- Aryastami, N. K. (2017). Kajian kebijakan dan penanggulangan masalah gizi stunting di indonesia. *Indonesian Bulletin of Health Research*, *45*(4), 233-240.
- Astuti, S. (2018). Peningkatan pengetahuan kader posyandu dan ibu balita tentang pencegahan stunting (balita pendek) di Desa Cipacing Kecamatan Jatinangor Kabupaten Sumedang. *Dharmakarya*, *3*(1), 448-452.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Jawa Barat. (2018). *Cegah stunting, Jabar akan gelar kampanye zero stunting 2023*. <http://bappeda.jabarprov.go.id/cegah-stunting-jabar-akan-gelar-kampanye-zero-stunting-2023/>
- Black, R. E. (2018). *Causes of stunting and preventive dietary interventions in pregnancy and early childhood*. Nestle Nutr Inst Workshop Ser, *89*, 105-113. <https://doi.org/10.1159/000486496>
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat*. Bandung: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Dranesia, A., Wanda, D., & Hayati, H. (2019). Pressure to eat is the most determinant factor of stunting in children under 5 years of age in Kerinci region , Indonesia. *Enfermeria Clínica*, *xx*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.013>
- Haenecour, P., Zega, T. J., Howe, J. Y., Wallace, P., Floss, C., & Yada, T. (2017). Investigation of the nature of capping layer materials for fib-sem preparation: Implications for the study of carbonaceous material in extraterrestrial samples. *Microscopy and Microanalysis*, *23*(S1), 1820-1821. <https://doi.org/10.1017/S143192761700976X>
- Hanani, R., & Syauqy, A. (2016). Perbedaan perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa dan personal sosial pada anak stunting dan non stunting (*Doctoral dissertation*,

- Universitas Diponegoro).
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Buletin Stunting. *Kementerian Kesehatan RI*, 301(5), 1163-1178.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Infodatin Pusat Data dan Informasi: Situasi Balita Pendek*. <https://doi.org/ISSN2442-7659>
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*. TNP2K.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Losong, N. H. F., & Adriani, M. (2017). Perbedaan kadar hemoglobin, asupan zat besi, dan zinc pada balita stunting dan non stunting. *Amerta Nutrition*, 1(2), 117-123.
- Maria, D. K., Kristiawan, P. A. N., & Yuni, S. R. (2019). Kolaborasi perawat dan ahli gizi di Posyandu Balita Puskesmas Jetak, Kabupaten Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 10(1), 123-129.
- Mediani, H. S., Hendrawati, S., & Fatimah, S. (2022). Kualitas Hidup Anak dengan Retardasi Mental. *Jurnal Obsesiv: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 6(4), 2626-2641.
- Muhaimin, T. (2010). Mengukur kualitas hidup anak. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 5(2), 51-55.
- Ni'mah, K., & Nadhiroh, S. R. (2015). Faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita. *Media Gizi Indonesia*, 10(2015), 13-19. <https://doi.org/10.1109/INPAC.2014.6981136>
- Parekh, R., & Pillai, V. K. (2016). Stunting in India: An empirical approach to human rights-based solutions. *Journal of Human Rights and Social Work*, 1(4), 184-192. <https://doi.org/10.1007/s41134-016-0024-x>
- Rafika, M., & Gz, S. (2019). Dampak stunting pada kondisi psikologis anak. *Buletin Jagaddhita*, 1(1).
- Rahmaningrum, Z. N., & Dasuki, M. S. (2017). *Hubungan antara status gizi (stunting dan tidak stunting) dengan kemampuan kognitif remaja di Kabupaten Sukoharjo, Jawa Tengah*. Tesis. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Riyanto, S., Yunitawati, D., & Nur, N. (2019). Thyroid and cognitive function of elementary school children with stunting in IDD replete and non replete area. *Media Gizi Mikro Indonesia*, 10(2), 137-148. <https://doi.org/https://doi.org/10.22435/mgmi.v10i2.1926>
- Sidabutar, F. M., Anandari, A. R., Ezra, C., Karli, I., Katagori, Y., & E. Wirawan, H. (2012). Gambaran kualitas hidup pasien kanker pediatrik usia sekolah. *Indonesian Journal of Cancer*, 6(2), 73-78.
- Sumarni, S. (2017). Peran sarjana kesehatan masyarakat dalam gerakan penyelamatan 1000 hari pertama kehidupan untuk menurunkan stunting dan angka kematian ibu. In *Conference: Seminar Nasional dan Saresehan Kesehatan Masyarakat*, At Surabaya, Indonesia.
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., & Seid, M. (2005). *The PedsQoL as pediatric patient-reported outcome: Reliability and validity of PedQoL in measurement model in 25.000 children*. www.rand.org
- Verdugo, M. A., Keith, K., & Stancliffe, R. J. (2005). *Quality of life and its measurement: Important principles and*

- guidelines. November.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x>
- Villasís-keever, M. A., Dorantes-acosta, E., Villasís-keever, M. Á., Zapata-tarrés, M., Arias-gómez, J., Escamilla-núñez, A., Miranda-lora, A. L., Reyes-lópez, A., & Manuell-lee, G. (2012). Quality of life in Mexican children with acute lymphoblastic leukemia affiliated with the Seguro Popular insurance program. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(3), 242-254.
- Walpole, S. C., Abbara, A., Gunst, M., & Harkensee, C. (2018). Cross-sectional growth assessment of children in four refugee camps in Northern Greece. *Public Health*, 162, 147-152.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.05.004>
- WHO. (1997). *Measuring quality of life*. World Health Organization.
- Wijirahayu, A., Pranaji, D. K., & Muflikhati, I. (2016). Kelekatan ibu-anak, pertumbuhan anak, dan perkembangan sosial emosi anak usia prasekolah. *Jurnal Ilmu Keluarga Dan Konsumen*, 9(3), 171-182.
<https://doi.org/10.24156/jikk.2016.9.3.171>
- World Health Organization. (2022). *Stunting prevalence among children under 5 years of age (%) (JME)*.
<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-jme-stunting-prevalence>
- World Health Organization (WHO). (2019). *Prevalence of stunting*.