

KONSUMSI PANGAN DAN SKOR POLA PANGAN HARAPAN (PPH) DENGAN PREVALENSI STUNTING DI PROVINSI ACEH (DATA SUSENAS DAN PSG TAHUN 2016)

(The correlation of food consumption and score desirable dietaray pattern with stunting prevalence in aceh province. National Census data analysis and Nutritional Status Monitoring 2016)

Suryana^{1*}, Roudza², Alfridsyah³

^{1,2,3}Jurusan Gizi, Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh, Jl. Soekarno Hatta, Kampus Terpadu Poltekkes Kemenkes RI Aceh Lampeuneurut, Aceh Besar. Email : bundanafisgibran@gmail.com

Received: 11/10/2018

Accepted: 12/11/2018

Published online: 30/11/2018

ABSTRAK

Sumber daya manusia yang dapat berakibat pada pembangunan nasional. Terkait dengan masalah stunting konsumsi pangan di Provinsi Aceh berdasarkan Skor Pola Pangan Harapan (PPH) masih kurang dari ideal yaitu 70,0. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keterkaitan konsumsi pangan dan skor Pola Pangan Harapan (PPH) dengan prevalensi stunting di Provinsi Aceh. Penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan desain Cross Seccsional Study. Penelitian menggunakan data sekunder yaitu data konsumsi (Susenas) dan data stunting balita survei (PSG). Pengumpulan data dengan cara wawancara menggunakan kuesioner food list (data konsumsi pangan), sementara data status gizi dengan cara penimbangan berat badan pengukuran tinggi badan. Analisis yang digunakan adalah korelasi regresi. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata konsumsi energi dan protein pada rumah tangga di Provinsi Aceh adalah sebesar 2.276 kkal energi dan 65.21 gram protein. Rata-rata konsumsi energi dan protein pada rumah tangga di Provinsi Aceh berada pada kategori normal 105,8% AKE dan 114,0% AKP. Keragaman pangan konsumsi pangan belum cukup beragam diketahui berdasarkan nilai rata-rata skor PPH sebesar 77,8, skor maksimum 92,5 dan skor minimum 64,2. Masalah stunting merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan kategori masalah ringan diketahui dari nilai rata-rata prevalensi stunting sebesar 26,3%. Tidak terdapat hubungan AKE ($P=0,430$), AKP ($p=0,274$) dan skor PPH ($p=0,259$) dengan prevalensi stunting. Kesimpulan adalah tidak terdapat hubungan yang signifikan antara stunting dengan Angka kecukupan Energi (AKE), Angka Kecukupan Protein (AKP), dan Skor PPH.

Kata kunci: Angka kecukupan energi dan protein, skor pola pangan harapan, stunting

ABSTRACT

Stunting in toddlers is one of the big problems that can threaten the development of the Quality of Human

Resources, that can have an impact on national development. Quality human resources can be obtained by consuming adequate food, both in quantity, quality and balance. Associated with the problem of stunting food consumption in Aceh Province based on the Score Desirable Dietaray Pattern as DDP is still less than DDP ideal is 70.0. This study aims to determine the association of food consumption and the Hope Food Pattern score with the prevalence of stunting in Aceh Province. This research is descriptive analytic with the Cross Sectional. Study design. The study used secondary data, National Census data analysis and Nutritional Status Monitoring 2016. The analysis used is regression. The results showed that the average energy and protein consumption in households in Aceh Province was 2.276 kkal of energy and 65,21 grams of protein. The average energy and protein consumption is in the normal category of 105,8% (energy) and 114,0% (protein). The diversity of food consumption has not been varied enough based on the average score in Aceh Province is 77,8. Stunting are a public health problem with a mild problem category known from the average value of stunting prevalence of 26,3%. There was not relationship from AKE ($p=0,430$), PPA ($p=0,274$) and PPH score ($p=0,259$) with stunting prevalence based on District / City in Aceh Province in 2016. Conclusion is There was no significant relationship between stunting and Energy Adequacy Rate (AKE), Protein Adequacy Rate (PPA), and Score DDP.

Keywords: Energy and protein adequate rate, score desirable dietaray pattern, stunting

PENDAHULUAN

Perbaikan dan peningkatan gizi harus selalu dilakukan pada setiap siklus kehidupan manusia, yaitu mulai dari dalam kandungan, bayi, balita, anak-anak, remaja, dewasa, hingga usia lanjut. Masa balita merupakan masa pertumbuhan dan

* Penulis untuk korespondensi: bundanafisgibran@gmail.com

perkembangan sel-sel otak dengan pesat, sehingga pada masa ini akan berdampak besar pada masa kehidupan selanjutnya.¹

Negara Indonesia termasuk salah satu negara yang belum mencapai indikator yang di targetkan oleh MDGs. Salah satunya yaitu proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum.¹ Kondisi ini salah satunya di indikasikan oleh masih tingginya prevalensi *stunting* di Indonesia yang masih belum membaik, bahkan mengalami peningkatan.

Berdasarkan laporan data Riskesdas menunjukkan secara nasional prevalensi *stunting* pada balita tahun 2007 sebesar 36,8%, dan angka sedikit menurun pada tahun 2010 yaitu 35,6%, akan tetapi pada tahun 2013 terjadi peningkatan kembali menjadi 37,2%.² Hasil ini menunjukkan bahwa masalah gizi *stunting* di Indonesiamerupakan masalah kesehatan masyarakat pada kategori tinggi karena prevalensi berada pada rentang 30-39%.^{2,3}

Provinsi Aceh merupakan salah satu provinsi yang memiliki angka prevalensi *stunting* tinggi. Berdasarkan data Survei Pemantauan Status Gizi (PSG) Provinsi Aceh Tahun 2016 terdapat 26,4% balita dalam status gizi pendek.³ Secara provinsi terjadi penurunan jumlah penderita *stunting* dari tahun 2015 sebesar 31,6% menjadi 26,4% pada tahun 2016. Namun, terdapat beberapa Kabupaten terjadi peningkatan diantaranya Kabupaten Bireun dari 28,0% (2015) menjadi 36,6% (2016), Kabupaten Aceh Barat Daya dari 28,7% (2015) menjadi 31,6% (2016).^{3,7}

Masalah gizi termasuk *stunting* umumnya terjadi karena kekurangan pangan, dalam kerangka *Unicef* konsumsi pangan adalah salah satu faktor langsung yang dapat mempengaruhi masalah gizi termasuk masalah *stunting*. Konsumsi pangan yang cukup dalam jumlah, aman, beragam, bergizi seimbang merupakan wujud yang harus dipenuhi oleh setiap orang.⁴ Situasi konsumsi pangan nasional tahun 2016 dari aspek rata-rata konsumsi energi dan protein tersebut mengacu pada Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi X (WNPG) tahun 2012, yaitu

kecukupan konsumsi energi yang dianjurkan sebesar 2.150 kkal/kapita/hari dan angka kecukupan konsumsi protein adalah sebesar 57 g/kapita/hari.⁵

Kualitas konsumsi pangan tidak hanya dinilai dari aspek kuantitas, namun aspek kualitas jauh lebih penting. Hal tersebut karena konsumsi gizi seimbang harus dipenuhi dari begaramnya makanan yang dikonsumsi. Berdasarkan kaidahnya pangan tidak ada pangan atau makanan yang mempunyai kandungan gizi sempurna, sehingga perlu adanya penganekaragaman makanan yang di konsumsi.⁶ Skor PPH (Pola Pangan Harapan) merupakan salah satu parameter yang digunakan untuk menilai tingkat keanekaragaman dan keseimbangan pangan berdasarkan komposisi kelompok pangan utama yang sesuai dengan daya terima yang bila dikonsumsi dapat memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi lainnya.⁴

Pada tahun 2016 Skor Pola Pangan Harapan Aktual untuk Provinsi Aceh berdasarkan data survey Dinas Ketahanan Pangan dan Penyuluhan Aceh adalah sebesar 70,0, yang mana angka inimasih kurang dari PPH ideal yang di targetkan yaitu sebesar 86,6.⁵

Sehubungan dengan masih rendahnya keanekaragaman konsumsi pangan masyarakat yang di tunjukkan dari skor Pola Pangan Harapan (PPH) dan masih besarnya angka *stunting* pada balita yang di tunjukkan dari data PSG di Provinsi Aceh tahun 2016, maka perlu suatu kajian ilmiah terkait' konsumsi pangan dan skor pola pangan harapan (pph) dengan prevalensi *stunting* berdasarkan kabupaten kota di Provinsi Aceh.

METODE

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan desain penelitian potong lintang (*cross sectional survey*). Penelitian dilakukan di Provinsi Aceh dengan melakukan analisis data sekunder Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dan data Survei Pemantauan Status Gizi (PSG) Provinsi Aceh tahun 2016.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah tangga penduduk provinsi Aceh dan data Survei Pemantauan Status Gizi (PSG) 2016 yaitu semua rumah tangga yang mempunyai anak balita usia 0 - 59 bulan. Sampel data Susenas dalam Laporan Dinas Ketahanan Pangan 2016 adalah adalah mencakup 11.680 rumah tangga sampel yang tersebar di seluruh kabupaten/kota (laporan Dinas Ketahanan Pangan). Dan sampel data Survei Pemantauan Status Gizi (PSG) 2016 adalah sebanyak 7.092 rumah tangga yang mempunyai anak usia 0 - 59 bulan.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner *food list* (data konsumsipangan). Data status gizi dikumpulkan dengan cara penimbangan berat badan menggunakan timbangan injak, dan pengukuran tinggi badan menggunakan *length board* atau *microtoice*.

Pengolahan data konsumsi pangan dan skor PPH dengan beberapa tahap antara lain konversi bentuk, jenis dan satuan bahan bahan; menghitung sub total kandungan energy menurut kelompok pangan; menghitung total energy aktual seluruh kelompok pangan; menghitung kontribusi energy dari kelompok pangan terhadap total energy aktual (%);

kontribusi energy setiap kelompok pangan terhadap Angka Kecukupan Energi Aktual (%AKE), menghitung skor actual; menghitung skor AKE; ,menghitung skor PPH; menghitung total skor PPH. Data stunting diolah dengan menggunakan *Software WHO Antro 2005*.

Analisis data menggunakan uji statistik univariat untuk mendeskripsikan gambaran konsumsi dan skor PPH, selanjutnya *Uji Regresi* dengan perangkat lunak pada CI:95%.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Angka Kecukupan Energi dan Protein, PPH, dan Prevalensi Stunting

Penelitian ini dilihat berdasarkan kondisi konsumsi dan stunting pada 23 kabupaten kota yang ada di Provinsi Aceh. Tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata konsumsi energi yang dinyatakan dalam Angka Kecukupan Energi (AKE) sebesar 2.276 kkal, dengan nilai standar deviasi 0,2 dan nilai maksimum 2.757 kkal dan nilai minimum 1.845 kkal. Rata-rata konsumsi protein yang dinyatakan dalam Angka Kecukupan Protein (AKP) sebesar 65,2 gram, dengan standar deviasi 7,75, nilai maksimal 90,3 gram dan nilai minimum 52,6 gram.

Tabel 1. Distribusi angka kecukupan energi dan protein, pola pangan harapan (PPH) serta prevalensi stunting di Provinsi Aceh tahun 2016

Varibel	n	Mean	Median	Std deviasi	Min	Max
AKE (kkal)	23	2.276	2.317	0,22	1.845	2.757
AKP (gr)	23	65,21	65,50	7,75	52,6	90,30
Skor PPH	23	77,8	78,4	8,04	64,2	92,5
Prevalensi Stunting	23	26,3	27,1	6,90	12,2	42,2

Rata-rata konsumsi energi dan protein pada rumah tangga di Provinsi Aceh adalah sebesar 2.276 kkal energi dan 65,21 gram protein. AKG yang ditemukan dalam penelitian sudah berada dari kecukupan konsumsi energi dan protein yang dianjurkan yaitu sebesar 2.150 kkal/kapita/haridan kecukupan konsumsi protein adalah sebesar 57 g/kapita/ hari^{5 5}.

Rata-rata nilai skor PPH di Provinsi Aceh adalah 77,8 dengan skor maksimum 92,5 dan skor minimum 64,2. Secara umum skor PPH di

wilayah Provinsi Aceh masih berada dibawah angka nasional. PPH dibawah angka 100 dalam penelitian ini diartikan belum beragamnya konsumsi pangan pada rumah tangga di Provinsi Aceh⁶. Berdasarkan data yang diperoleh dapat diketahui kontribusi energi paling besar dari 9 (Sembilan) kelompok pangan adalah jenis pangan padi-padian dengan skor PPH 29,7 (skor maksimal/anjuran 25,0), ikuti oleh pangan minyak dan lemak dengan skor PPH 6,7 (skor maksimal/anjuran 5,0), dan pangan buah/biji

berminyak dengan skor PPH 2,0 (skor maksimal/anjuran 1,0). Sedangkan untuk jenis bahan pangan yang lain seperti umbi-umbian, pangan hewani, kacang-kacangan, sayur dan buah, dan lain-lain masih dalam kategori kurang atau dibawah angka anjuran.

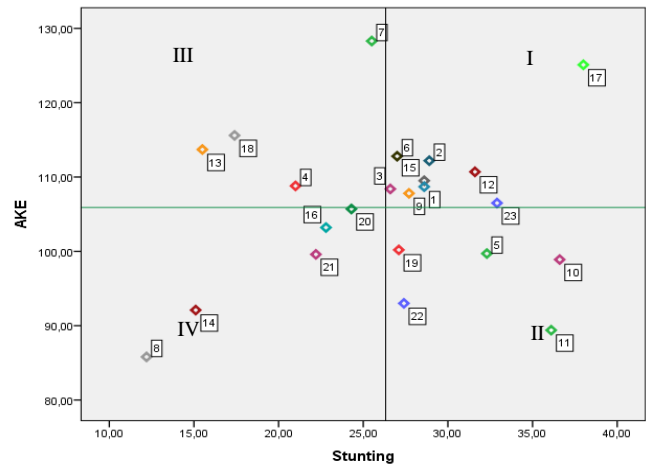
Rendahnya nilai PPH ini diduga dikarenakan kurangnya konsumsi pangan yang beragam dan mencukupi dari sembilan kelompok pangan tersebut. Konsumsi pangan yang seimbang dalam jumlah dan jenis merupakan hal penting karena satu jenis makanan tidak memberikan zat-zat gizi secara lengkap. Oleh karena itu, direkomendasikan agar masyarakat mengonsumsi pangan beragam agar tercapai keseimbangan dan terpenuhinya energi dan zat gizi sesuai kebutuhan dan kecukupan yang dianjurkan untuk hidup sehat dan berkualitas.⁶

Prevalensi *stunting* di Provinsi Aceh dengan nilai rata-rata adalah sebesar 26,3%. Prevalensi tertinggi adalah 42,2% dan prevalensi terendah adalah 12,2%.⁷ Pemetaan prevalensi secara epidemiologis membutuhkan tingkatan *cut-off* atau kriteria untuk penilaian beratnya *stunting* sebagai masalah kesehatan masyarakat. Dikatakan sebagai masalah kesehatan masyarakat pada kategori tinggi jika nilai prevalensi beda pada rentang 30-39%, sementara pada kategori sedang berada pada rentang 20-29%.

2. Analisis Kuadran Angka Kecukupan Energi dan Protein, PPH dengan Prevalensi Stunting

Hasil analisis kuadran angka kecukupan energi dan protein serta skor PPH dengan prevalensi stunting di Provinsi Aceh disajikan pada gambar 1, gambar 2 dan gambar 3. Berdasarkan Gambar 1, dapat diketahui bahwa terdapat 9 Kabupaten/kota dengan cakupan distribusi AKE >105,8% dan prevalensi >26,3% (kuadran I) yang tidak menunjukkan keterpaduan distribusi AKE dengan prevalensi stunting diantaranya adalah Kabupaten Simeulue, Singkil, Aceh Selatan, Aceh Tengah, Pidie, Aceh Barat Daya, Nagan Raya, Benar Meriah dan Subulussalam. Hal ini diduga terkait masalah stunting terdapat factor-faktor

lain seperti penyakit infeksi atau penyakit penyerta pada balita yang dapat menghambat dan mengganggu proses penyerapan energi oleh tubuh, dengan demikian dapat meningkatkan risiko terjadinya stunting.



Gambar 1. Grafik kuadran AKE dengan prevalensi stunting

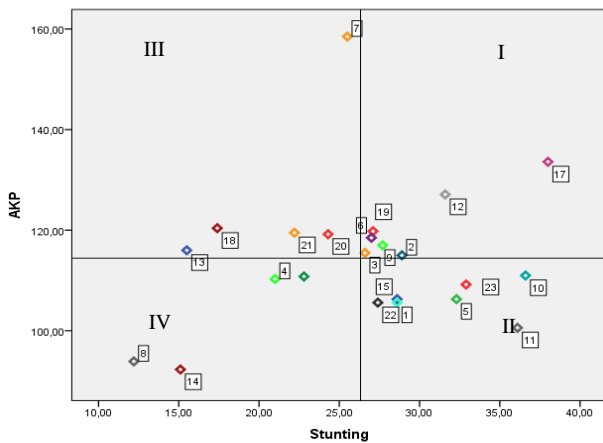
Terdapat 5 Kabupaten/kota dengan cakupan distribusi AKE <105,8% dan prevalensi >26,3% (kuadran II) yang menunjukkan adanya peluang keterpaduan AKE dengan prevalensi *stunting* diantaranya adalah Kabupaten Aceh Tenggara, Bireun, Aceh Utara, Banda Aceh dan Lhokseumawe. Hal ini diduga terkait dengan masalah stunting disebabkan faktor keterbatasan ketersediaan pangan pada beberapa wilayah yang dapat menyebabkan kurangnya asupan balita. Dugaan lainnya adalah jika ketersediaan pangan terintegrasi, ada kemungkinan faktor lainnya yang menyebabkan rendahnya asupan pada balita, sebagai contoh penyakit infeksi atau pola asuh makan orangtua.

Terdapat 5 Kabupaten/kota dengan cakupan distribusi AKE >105,8% dan cakupan prevalensi <26,3% (kuadran III) yang menunjukkan terdapat keterpaduan AKE dengan prevalensi *stunting* diantaranya Kabupaten Aceh Tenggara, Aceh Barat, Gayo Luwes, Pidie Jaya dan Sabang. Hal ini diduga konsumsi energi balita dapat meningkatkan status gizi balita atau menurunkan risiko *stunting*.

Selanjutnya terdapat 4 kabupaten/kota dengan cakupan distribusi AKE <105,8% dan cakupan prevalensi stuntingnya <26,3% diantaranya adalah Kabupaten Aceh Besar, Aceh

Tamiang, Aceh Jaya, dan Langsa. Hal ini diduga rendahnya prevalensi stunting belum tentu disebabkan oleh faktor konsumsi energi yang tinggi, namun terdapat faktor lain yang lebih penting dari konsumsi energi yaitu keseimbangan zat gizi yang dikonsumsi dari pangan yang beragam.

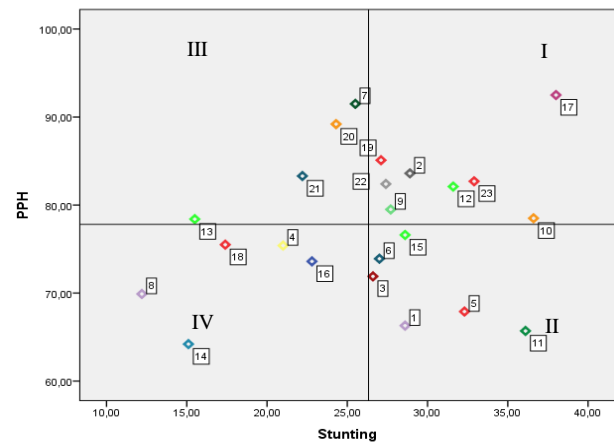
cakupan distribusi AKP >114,4% dan prevalensi *stunting* <26,3% (kuadran III) diantaranya Aceh Barat, Gayo Luwes, Pidie Jaya, Sabang dan Langsa. Sementara Kabupaten/kota dengan cakupan distribusi AKP <114,4% dan prevalensi *stunting* <26,3% (kuadran IV), di antaranya adalah Aceh Tenggara, Aceh Besar, Aceh Tamiang dan Aceh Jaya.



Gambar 2. Grafik kuadran AKP dengan prevalensi stunting

Berdasarkan Gambar 2 dapat diketahui bahwa terdapat 7 Kabupaten/kota dengan cakupan distribusi AKP >114,4% dan prevalensi >26,3% (kuadran I) yang tidak menunjukkan keterpaduan distribusi AKP dengan prevalensi *stunting* diantaranya adalah Kabupaten Singkil, Aceh Selatan, Aceh Tengah, Pidie, Aceh Barat Daya, Benar Meriah dan Banda Aceh. Hal ini diduga terdapat kemungkinan ada faktor lain seperti penyakit infeksi yang menyebabkan besarnya angka stunting pada balita meskipun konsumsi proteinnya tinggi. Penyakit infeksi dapat menyebabkan gangguan pada metabolisme protein, menyebabkan peningkatan pemecahan protein untuk pertahanan tubuh sementara tubuh tetap membutuhkan protein untuk proses pertumbuhan.

Selain itu terdapat 5 Kabupaten/kota dengan cakupan distribusi AKP <114,4% dan prevalensi *stunting* >26,3% (kuadran II) yang tidak menunjukkan keterpaduan distribusi AKP dengan prevalensi *stunting* diantaranya Simeulu, Aceh Timur, Bireun, Aceh Utara dan Nagan Raya. Terdapat juga 5 Kabupaten/kota dengan



Gambar 3. Grafik kuadran skor PPH dengan prevalensi stunting

Berdasarkan Skor PPH dapat menunjukkan mutu konsumsi pangan atau keberagaman konsumsi, semakin tinggi skor PPH maka konsumsi pangan semakin beragam dan seimbang. Berdasarkan gambar 3 dapat diketahui terdapat 8 Kabupaten/kota berdasarkan Kabupaten/kota dengan Skor PPH >77,8% dan prevalensi *stunting* >26,3% (kuadran I) diantaranya adalah Kabupaten Singkil Pidie, Bireun, Aceh Barat Daya, Benar Meriah, Banda Aceh, Lhokseumawe dan Subulussalam. Terdapat 6 Kabupaten/kota dengan cakupan Skor PPH <77,8% dan cakupan prevalensi stunting >26,3% (kuadran II, diantaranya Simeulue, Aceh Selatan, Aceh Timur, Aceh Tengah, Aceh Utara dan Nagan Raya. Terdapat 4 Kabupaten/kota dengan cakupan Skor PPH >77,8% tetapi cakupan prevalensi stunting < 26,3% (kuadran III), diantaranya Aceh Tenggara, Aceh Besar, Aceh Tamiang, Aceh Jaya, dan Pidie Jaya. Terdapat 5 Kabupaten/Kota dengan cakupan skor PPH <77,8% dan cakupan prevalensi *stunting* <26,3% (kuadran IV) diantaranya Aceh Tenggara, Aceh Besar, Aceh Tamiang, Aceh Jaya, dan Pidie Jaya dalam Provinsi Aceh

3. Hubungan AKE, AKP dan Skor PPH menurut Prevalensi Stunting

Hasil penelitian sebagaimana disajikan pada tabel 2, menunjukkan tidak terdapat hubungan atau hubungannya lemah antara Angka Kecukupan Energi (AKE) dengan prevalensi Stunting, namun berpola hubungan positif ($p= 0,430$; $r= 0,173$), yang berarti semakin tinggi distribusi Angka Kecukupan Energi (AKE) akan semakin meningkatkan tinggi badan balita dengan menurunkan angka prevalensi stunting di setiap wilayah kabupaten/kota di provinsi Aceh.

Tabel 2 juga menunjukkan tidak terdapat hubungan atau berhubungan lemah antara Angka Kecukupan Protein (AKP) dengan prevalensi *stunting* ($p=0,274$; $r = 0,238$), namun berpola hubungan positif, yang berarti semakin tinggi distribusi Angka Kecukupan Protein (AKP) maka akan semakin meningkatkan tinggi badan (TB/U) balita dengan menurunkan angka prevalensi stunting di setiap wilayah kabupaten/kota di provinsi Aceh. Prediksi hasil regresi prevalensi stunting di 23 kabupaten/kota

berdasarkan Angka Kecukupan Protein (AKP) adalah sebesar 9,01% yaitu kurang atau lebih kecil dari 20% (<20%) dengan kategori masalah baik.

Hasil penelitian (Tabel 2) juga menunjukkan tidak terdapat hubungan antara skor Pola Pangan Harapan (PPH) dengan prevalensi Stunting atau hubungan lemah ($p=0,259$; $r = 0,245$), namun berpola hubungan positif. Hasil ini berarti semakin tinggi Skor Pola Pangan Harapan (PPH) maka akan semakin meningkatkan tinggi bada (TB/U) balita dengan menurunkan angka prevalensi stunting. Nilai koefisien determinasi sebesar 0,060 yang berarti persamaan garis regresi yang di peroleh hanya dapat menerangkan sebesar 6,0% variasi dalam prevalensi stunting atau persamaan garis yang di peroleh kurang baik untuk menjelaskan variabel prevalensi stunting. Prediksi hasil regresi prevalensi stunting di 23 kabupaten/kota berdasarkan Skor Pola Pangan Harapan (PPH) adalah sebesar 14,77% yaitu kurang/lebih kecil dari 20% (20%) dengan kategori masalah baik.

Tabel 2. Hasil analisis hubungan AKE, AKP dan Skor PPH dengan prevalensi stunting

Variabel	r	R ²	Persamaan garis	nilai p
AKE	0,173	0,03	Stunting = 14,131+0,115* AKE	0,43
AKP	0,238	0,057	Stunting = (-42,477)+ 33,465*AKP	0,274
PPH	0,245	0,06	Stunting = 9,922+0,211* PPH	0,259

Hasil penelitian terkait hubungan angka kecukupan energi (AKE) dengan prevalensi stunting tidak menunjukkan hubungan bermakna dengan masalah stunting. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Faridi dan Sagita 2016 yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara skor PPH dengan status gizi balita.¹⁶ Prediksi hasil regresi prevalensi stunting di 23 kabupaten/kota berdasarkan Angka Kecukupan Energi (AKE) adalah sebesar 16,77% yaitu kurang atau lebih kecil dari 20% (<20%) dengan kategori masalah baik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Farah et al⁸ dengan hasil yang di peroleh tidak adanya hubungan yang signifikan angka kecukupan

energi terhadap terjadinya stunting pada anak balita. Namun, hasil ini bertentangan dengan penelitian Solihin et al⁹ yang melaporkan bahwa adanya hubungan signifikan antara tingkat kecukupan energi dengan status gizi (TB/U) anak balita. Artinya semakin tinggi tingkat kecukupan energi maka stunting akan semakin rendah. Sementara penelitian Yuliana¹⁰ asupan energi signifikan berhubungan negatif dengan disparitas prevalensi stunting. Berbeda dengan hasil penelitian ini di duga disebabkan oleh data asupan energi yang digunakan dalam penelitian ini adalah asupan energi per kapita yang diperoleh dari asupan energi rumahtangga di bagi jumlah anggota keluarga, sehingga kurang dapat merepresentasikan asupan energi balita.

Dugaan lainnya adalah *stunting* dipengaruhi oleh banyak lainnya seperti kejadian infeksi, pola asuh dan karakteristik sosial ekonomi keluarga. Prevalensi *stunting* yang cukup tinggi banyak ditemui di lingkungan yang dikarakteristikan dengan prevalensi penyakit infeksi yang tinggi. Namun dalam penelitian ini variabel tersebut tidak diukur.¹¹

Selanjutnya, berdasarkan hasil uji statistik (Tabel 2), ternyata angka kecukupan protein tidak berkorelasi dengan masalah *stunting* di Provinsi Aceh. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yuliana, yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara kecukupan protein dengan kejadian *stunting*. Tidak semua balita *stunting* berasal dari rumah tangga dengan asupan protein di bawah rata-rata nasional.¹⁰ Namun, tidak sejalan dengan penelitian Ngaisyah¹² dan Tejasari¹³ yang menjelaskan bahwa adanya hubungan signifikan tingkat kecukupan protein dengan status gizi (TB/U) anak balita. Setiap penambahan satu persen tingkat kecukupan protein, akan menambah z-skor TB/U balita sebesar 0,024.⁸ Rendahnya asupan protein hewani dan zat gizi mikro merupakan faktor risiko *stunting* anak balita. Kekurangan gizi terutama kekurangan energi, protein, vitamin A, seng dan besi selama masa bayi dan anak di bawah dua tahun (baduta) serta keadaan kesehatan yang buruk menyebabkan pertumbuhan anak akan terhambat. Ketidaksiharian hubungan antara kontribusi protein dengan *stunting* pada dalam penelitian ini diduga disebabkan oleh data konsumsi pangan yang digunakan umumnya menggambarkan tentang konsumsi pangan rumah tangga, sehingga kurang dapat dalam mempresentasikan asupan protein balita.^{14,15,17}

Skor pola pangan harapan (PPH), berdasarkan uji statistik regresi tidak menunjukkan pengaruh bermakna dengan prevalensi *stunting* pada balita di Provinsi Aceh. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian¹⁶ yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara skor PPH dengan prevalensi *stunting*. Berbeda dengan penelitian¹² terdapat hubungan antara Pola Pangan Harapan dengan kejadian *stunting* pada balita di Kecamatan Ngemplak, Sleman, Yogyakarta. Dalam penelitiannya menyatakan balita yang sudah mengkonsumsi

makanan yang beragam akan memiliki status gizi yang lebih baik. Sementara hasil penelitian yang dilakukan Rah et al¹⁸ menunjukkan skor keragaman konsumsi pangan merupakan prediktor *stunting* yang kuat pada anak balita di Bangladesh. Berbeda dengan hasil penelitian ini di duga disebabkan oleh data skor PPH yang digunakan dalam penelitian ini adalah berasal dari data keragaman konsumsi pangan anggota rumahtangga, sehingga kurang dapat dalam merepresentasikan konsumsi pangan balita. Selanjutnya diduga disebabkan oleh sebagian besar keberagaman konsumsi pangan rumahtangga dalam penelitian ini belum cukup beragam. Berdasarkan data sebagian besar 60,9% keberagaman konsumsi pangan berada pada kategori tidak beragam, dan hanya 39,1% berada pada kategori beragam. Konsumsi pangan pangan masih mendominasi pada sumber pangan padi-padian, namun untuk sumber pangan umbi-umbian, protein hewani, kacang-kacangan, sayur dan buah, dan lainnya masih mengalami kekurangan.

Konsumsi pangan menunjukkan cerminan dari ketersediaan pangan. Jika pangan yang tersedia belum cukup beragam, maka pangan yang dikonsumsi tidak akan beragam. Berdasarkan data dari Badan Ketahanan Pangan dan Penyuluhan Aceh, skor Pola Pangan Harapan (PPH) tahun 2015 dari segi ketersediaan pangan juga menunjukkan masih sangat kurang beragam dengan skor yang di peroleh hanya sebesar 66,49.¹⁴ Tidak mengonsumsi makanan yang beranekaragam akan dapat mengakibatkan tidak terpenuhinya kecukupan energi dan zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh, dan bila kondisi ini terus berlanjut maka akan berdampak signifikan terhadap kondisi gizi masyarakat pada berbagai sasaran, terutama pada masa diawal pertumbuhan dan perkembangan anak. Situasi tersebut merupakan peristiwa yang sangat kompleks dan dipengaruhi berbagai faktor gizi, dan faktor lingkungan, pengetahuan ibu, ketersediaan pangan bahkan tingkat sosial ekonomi keluarga.^{19,20}

KESIMPULAN

Tidak terdapat hubungan antara Angka Kecukupan Energi (AKE), Angka Kecukupan

Protein dan Skor Pola pangan Harapan dengan prevalensi Stunting. Namun, berpola hubungan positif yang berarti semakin tinggi distribusi Angka Kecukupan Energi, Protein dan Skor PPH maka akan semakin meningkatkan tinggi badan balita dengan menurunkan angka prevalensi stunting di setiap wilayah kabupaten/kota di provinsi Aceh.

Penelitian terhadap konsumsi pangan dan skor Pola Pangan Harapan (PPH) dengan prevalensi stunting perlu di tingkatkan. Walaupun konsumsi pangan secara kuantitatif menunjukkan hasil yang baik, namun keberagaman konsumsi pangan perlu ditingkatkan khususnya pada jenis pangan umbi-umbian, pangan hewani, kacang-kacangan, sayur dan buah, dan lain-lain. Untuk melihat keterkaitan konsumsi pangan dan keragaman konsumsi pangan dengan kejadian stunting pada balita maka perlu dilakukan pengumpulan data khusus untuk konsumsi balita sehingga dapat menginterpretasikan data konsumsi pangan balita yang sebenarnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bappenas. *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Di Indonesia 2014*. Kesembilan. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional; 2015. [internal-pdf://165.79.176.189/Laporan MDGs 2014 Final.pdf](#).
2. Balitbangkes. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Pertama. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.; 2013. doi:arXiv:1011.1669v3.
3. Dinas Kesehatan Aceh, Jurusan Gizi. *Laporan Manajemen Data Survey Pemantauan Status Gizi Provinsi Aceh Tahun 2016*. Banda Aceh; 2016.
4. Hardinsyah, Martianto D. *Pembangunan Ketahanan Pangan Berbasis Agribisnis dan Pemberdayaan Masyarakat*. In: *Prosiding Seminar Nasional Pemberdayaan Masyarakat Untuk Mencapai Ketahanan Pangan Dan Pemulihan Ekonomi*. Jakarta: Badan Ketahanan Pangan; 2001.
5. Dinas Pangan Aceh. *Pola Pangan Harapan (PPH) Konsumsi Provinsi Aceh Tahun 2016*. Banda Aceh; 2017.
6. Baliwati YF. *Pengantar Pangan Dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya; 2011.
7. Balitbangkes. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI; 2010. [www.riskesdas.litbang.go.id/download TabelRiskesdas2010.pdf](#).
8. Baraké F, El-Rouadi N, Musharrafieh J. Problem Solving at the Middle School Level: A Comparison of Different Strategies. *Journal of Education and Learning*. 2015;4(3):62-70.
9. Solihin RDM, Anwar F, Sukandar D. Kaitan antara status gizi, perkembangan kognitif, dan perkembangan motorik pada anak usia prasekolah. *Penelitian Gizi dan Makanan (The Journal of Nutrition and Food Research)*. 2013;36(1):62-72.
10. Yuliana I. Faktor-Faktor Penentu Disparitas Prevalensi Stunting Pada Balita Di Berbagai Kabupaten/Kota Di Indonesia. 2015.
11. De Onis M, Blössner M. The World Health Organization global database on child growth and malnutrition: methodology and applications. *International journal of epidemiology*. 2003;32(4):518-526.
12. Ngaisyah RD. Keterkaitan Pola Pangan Harapan (Pph) dengan Kejadian Stunting Pada Balita. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*. 2017;13(1):71-79.
13. Tejasari. Diversifikasi Konsumsi Pangan Berdasarkan Pendekatan Pola Pangan Harapan (PPH) di Daerah Rawan Gizi. *Media Gizi dan Keluarga*. 2003;27(1):46-53.
14. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, De Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J, Group M and CUS. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The lancet*. 2008;371(9608):243-260.
15. Andersen. *Nutrition and development*. [http://www.ifpri.org](#). Published 2005. Accessed November 16, 2018.
16. Faridi A, Sagita R. Hubungan Pengeluaran, Skor Pola Pangan Harapan (PPH) Keluarga, dan Tingkat Konsumsi Energi-Protein dengan Status Gizi Balita Usia 2-5 Tahun.

- ARGIPA [Arsip Gizi dan Pangan]*. 2016;1(1):11-21.
17. AL-Rahmad AH, Miko A, Hadi A. Kajian stunting pada anak balita ditinjau dari pemberian ASI eksklusif, MP-ASI, status imunisasi dan karakteristik keluarga di Kota Banda Aceh. *J Kesehatan Ilmiah Nasuwakes*. 2013;6(2):169-184.
 18. Rah JH, Akhter N, Semba RD, De Pee S, Bloem MW, Campbell AA, Moench-Pfanner R, Sun K, Badham J, Kraemer K. Low dietary diversity is a predictor of child stunting in rural Bangladesh. *European journal of clinical nutrition*. 2010;64(12):1393-1398.
 19. Al Rahmad AH, Almunadia A. Pemanfaatan Media Flipchart dalam Meningkatkan Pengetahuan Ibu Tentang Konsumsi Sayur dan Buah. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 2017;17(3):140-146.
 20. Al-Rahmad AH, Fadillah I. Perkembangan Psikomotorik Bayi 6–9 Bulan berdasarkan Pemberian ASI Eksklusif. *Aceh Nutrition Journal*. 2016;1(2):99-104.