

TARGET



085725994411

cv.mine7

mine mine

Penerbit : cv. Mine  
Perum Sidorejo Bumi Indah F 153  
Rt 11. Ngestiharjo Kasihan Bantul  
Mobile : 085725994411  
email : cv.mine.7@gmail.com

ISBN 978-623-6340-66-0

9 786236 340660



ISBN 978-623-6340-66-0

TARGET

BUKU AJAR



# STUNTING DAN PERMASALAHANNYA

### TIM PENYUSUN:

- Dr. Taufik Arbain, S.Sos., M.Si
- Drs. Muhammad Saleh, MP
- Andini Octaviana Putri, SKM., M.Kes
- Dr. dr. Meitria Syahadatina Noor, M.Kes
- Fakhriyah, S.SiT., MKM
- Ranindy Qadrinnisa
- Siti Karimah Amaliah
- Inanda Kasmawardah
- Muhammad hashfi Abdurrahman
- Agus Muhammad Ridwan
- Lisa Fitriani
- Muhammad Arsyad

### EDITOR:

- Andini Octaviana Putri, SKM., M.Kes

UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT  
2022

# BUKU AJAR

“*STUNTING DAN PERMASALAHANNYA*”



Disusun Oleh:

**Dr. Taufik Arbain, S.Sos., M.Si**  
**Drs. Muhammad Saleh, MP**  
**Andini Octaviana Putri, SKM., M.Kes**  
**Dr. Meitria Syahadatina Noor dr., M.Kes**  
**Fakhriyah, S.SiT., MKM**  
**Ranindy Qadrinnisa**  
**Siti Karimah Amaliah**  
**Inanda Kasmawardah**  
**Muhammad Hashfi Abdurrahman**  
**Agus Muhammad Ridwan**  
**Lisa Fitriani**  
**Muhammad Arsyad**



**UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT**  
**2022**

# **BUKU AJAR**

## **“STUNTING DAN PERMASALAHANNYA”**

### **Disusun Oleh:**

Dr. Taufik Arbain, S.Sos., M.Si

Drs. Muhammad Saleh, MP

dkk.

Hak Cipta © 2022, pada penulis  
Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

*Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.*

**© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG**

Cetakan ke-1 Tahun 2022

CV Mine

Perum SBI F 153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul,  
Yogyakarta- 55182

Telp: 085725994411

Email: [cv.mine.7@gmail.com](mailto:cv.mine.7@gmail.com)

**ISBN : 978-623-6340-66-0**

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah swt, berkat rahmat dan petunjuk-Nya sehingga dapat menyelesaikan penyusunan buku bacaan yang diharapkan menjadi buku ajar bagi para mahasiswa untuk mengenal, mempelajari dan memahami terkait *stunting* dan permasalahannya

Mudah-mudahan buku ini memberikan manfaat besar untuk meningkatkan pengetahuan mahasiswa dalam rangka mencapai kompetensi yang disyaratkan dalam kurikulum, juga sebagai bekal apabila telah menyelesaikan pendidikan serta bekerja di bidang kesehatan masyarakat

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendorong, memberikan motivasi dan membantu dalam penyusunan buku ajar ini, Buku ini memang dirasakan jauh dari lengkap dan sempurna, kami memohon masukan, kritik, saran agar nantinya terwujud sebuah buku ajar praktis, informatif, penuh manfaat dan menjadi rujukan dalam memahami terkait *stunting*

Banjarbaru, Oktober 2022

Tim Penyusun

## DAFTAR ISI

COVER .....	i
HALAMAN DEPAN.....	ii
DAFTAR ISI .....	iii
DAFTAR TABEL.....	iv
DAFTAR GAMBAR .....	v
BAB I EPIDEMIOLOGI <i>STUNTING</i> DI INDONESIA DAN IDENTIFIKASI STATUS <i>STUNTING</i> PADA ANAK .....	1
BAB II FAKTOR RISIKO <i>STUNTING</i> PADA BALITA .....	16
BAB III DAMPAK <i>STUNTING</i> .....	71
BAB IV PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN <i>STUNTING</i> .....	80
BAB V KEBIJAKAN KONVERGENSI <i>STUNTING</i> DI INDONESIA DAN PROVINSI KALIMANTAN SELATAN.....	93

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kebutuhan Energi Balita Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) Rata-Rata per Hari .....	41
Tabel 2.2	Kebutuhan Protein Balita Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) Rata-Rata per Hari .....	45

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Persentasi Stunting pada Balita di Dunia Tahun 1990-2019 .....	5
Gambar 1.2	Prevalensi <i>stunting</i> di ASIA.....	6
Gambar 1.3	Prevalensi status Gizi Balita Nasional .....	6
Gambar 1.4	Prevalensi <i>stunting</i> Berdasarkan Provinsi ..	6
Gambar 4.1	Rincian Alur PKBM.....	89

# **BAB I**

## **EPIDEMIOLOGI STUNTING DI INDONESIA DAN IDENTIFIKASI STATUS STUNTING PADA ANAK**

### **Tujuan Instruksional Umum:**

Bab ini memberikan gambaran tentang epidemiologi stunting di Indonesia dan identifikasi status stunting pada anak

### **Tujuan Instruksional Khusus:**

1. Memberikan informasi mengenai epidemiologi stunting di Indonesia
2. Memberikan informasi mengenai identifikasi status stunting pada anak
3. Memberikan informasi mengenai penilaian stunting pada anak
4. Memberikan informasi mengenai ciri-ciri stunting pada anak

### **A. Pendahuluan**

Stunting merupakan permasalahan gizi pada balita di dunia. Stunting diperkirakan dialami oleh 21,9% balita atau sekitar 149 juta anak balita di seluruh dunia pada tahun 2018 (Sarman & Darmin, 2021). Data stunting di

Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi stunting secara nasional terjadi peningkatan dari 35,6% pada tahun 2010 menjadi 37,2 % pada tahun 2013, kemudian mengalami penurunan menjadi 30,8 % pada tahun 2018 (Kemenkes, 2018).

Meskipun mengalami penurunan, prevalensi stunting masih cukup tinggi. Sedangkan data dari hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2017 menunjukkan bahwa persentase balita stunting pada kelompok balita (29,6%) lebih besar jika dibandingkan dengan usia baduta (20,1%) (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Kemudian berdasarkan data SSGI tahun 2021, prevalensi stunting pada balita di Indonesia sebesar 24,4%. Menurut WHO, stunting dikatakan sebagai masalah kesehatan masyarakat apabila prevalensi diatas 20% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Stunting sendiri merupakan kondisi dimana anak memiliki tinggi badan atau panjang badan yang tidak sesuai atau kurang jika dibandingkan dengan usia. Stunting adalah ukuran yang tepat untuk mengidentifikasi terjadinya kurang gizi

jangka panjang pada anak yang akhirnya menyebabkan penghambatan pertumbuhan linear (Pratiwi, Sari, & Ratnasari, 2021).

Stunting merupakan dampak dari berbagai faktor seperti berat lahir yang rendah, stimulasi dan pengasuhan anak yang kurang tepat, asupan nutrisi kurang, dan infeksi berulang serta berbagai faktor lingkungan lainnya (Nugroho, Sasongko, & Kristiawan, 2021).

Dampak buruk yang dapat disebabkan oleh stunting dalam jangka pendek adalah gangguan perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Dampak buruk jangka panjang yang ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi timbulnya diabetes, obesitas, jantung, dan penyakit pembuluh darah, kanker, stroke dan kecacatan di usia tua. Sehingga berpengaruh pada kualitas sumber daya manusia, produktivitas, dan daya saing (Pratiwi et al., 2021). Sumber daya manusia merupakan salah satu faktor terpenting yang

mempengaruhi kemajuan suatu bangsa. Manusia yang berkualitas tentunya harus memiliki kesehatan yang baik. Kesehatan ibu dan anak menjadi prioritas (Fauza et al., 2022).

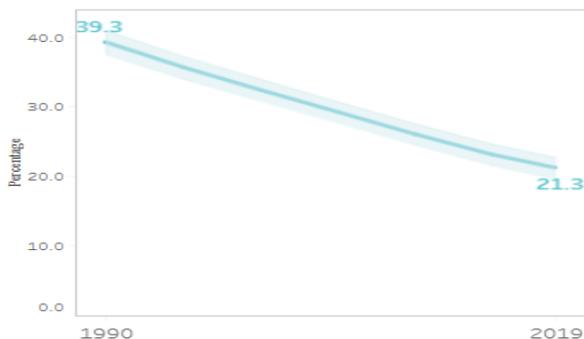
Kesehatan dan gizi merupakan salah satu kebutuhan yang harus terpenuhi untuk anak usia dini dengan harapan anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal sesuai kelompok umur (Nugroho et al., 2021). Pemenuhan zat gizi anak secara optimal hendaknya dimulai sejak 1.000 hari pertama kehidupan anak yaitu dimulai dari masa awal kehamilan hingga anak berusia 2 tahun dan disebut dengan *golden age*. *Golden age* merupakan masa dimana terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang pesat pada diri anak (Nugroho et al., 2021).

Setelah anak berusia diatas 2 tahun, pemenuhan terhadap asupan zat gizi harus tetap diperhatikan karena usia balita merupakan usia yang rawan terhadap berbagai penyakit dan masalah gizi termasuk *stunting* (Pratiwi et al., 2021).

## B. Epidemiologi Stunting di Indonesia

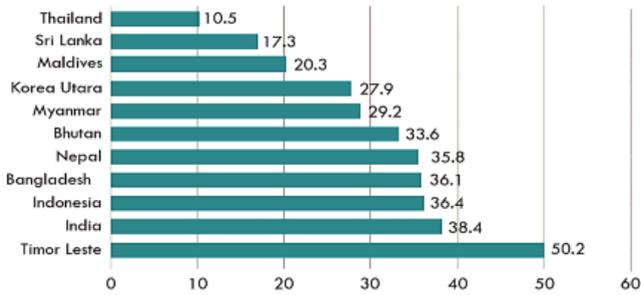
Epidemiologi stunting masih tergolong tinggi secara global maupun di Indonesia. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2018, prevalensi stunting pada balita di dunia sebesar 22%. WHO menyatakan bahwa prevalensi stunting di atas 20% merupakan masalah kesehatan masyarakat (Sarman & Darmin, 2021).

Data UNICEF tahun 2019 menunjukkan bahwa prevalensi stunting pada balita di dunia sebesar 21,3%. Meskipun mengalami penurunan sejak tahun 1990, namun prevalensi stunting pada balita di dunia masih cukup tinggi karena masih diatas 20% seperti gambar di bawah ini (UNICEF, 2019):



Gambar 1.1 Persentasi Stunting pada Balita di

Dunia Tahun 1990-2019  
Adapun data stunting di Asia dapat dilihat  
pada gambar di bawah ini (UNICEF, 2019).



Gambar 1.2 Prevalensi Stunting di Asia: Child Stunting Data Visualizations Dashboard (WHO 2018)

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) tahun 2018, apabila dibandingkan dengan negara lain di Asia Tenggara, Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara seperti terlihat pada gambar diatas. Adapun rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2004-2017 adalah sebesar 36,4% (Sarman & Darmin, 2021).

Berdasarkan gambar diatas dapat diketahui pula bahwa prevalensi stunting di Indonesia menempati posisi ketiga setelah Timor Leste dan India. Prevalensi stunting di Indonesia lebih tinggi dibandingkan negara dengan pendapatan perkapita lebih rendah dibandingkan Indonesia seperti negara Bangladesh dan Myanmar. Sehingga dapat diketahui bahwa status ekonomi suatu negara belum tentu mempengaruhi status gizi penduduknya (Sarman & Darmin, 2021).

Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018 menyatakan bahwa masih ada 30,8% balita di Indonesia yang berperawakan pendek (Kemenkes, 2018). Stunting diperkirakan dialami oleh 21,9% balita atau 149 juta anak balita di seluruh dunia pada tahun 2018.

Data hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018 menyatakan bahwa sebesar 30,8% balita di Indonesia yang mengalami stunting. Sehingga jika dibandingkan dengan data dunia dapat disimpulkan bahwa prevalensi stunting di Indonesia lebih tinggi dibandingkan prevalensi stunting di dunia (Kementrian Kesehatan RI, 2018).

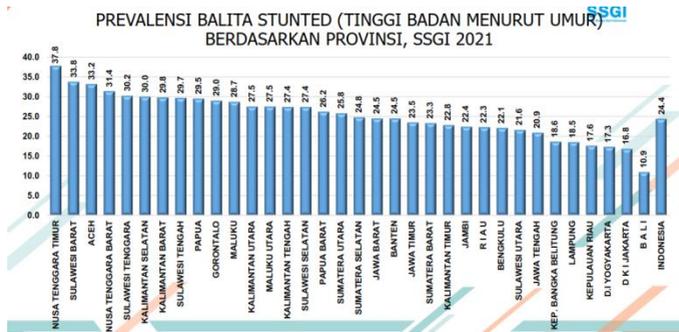
Meskipun angka ini lebih rendah dibandingkan data Riskesdas tahun 2013 yaitu sebesar 37,2%). Namun, jumlah ini masih sangat besar dan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

PREVALENSI STATUS GIZI BALITA NASIONAL   
TAHUN 2019-2021

No	Status Gizi Balita	SSGBI 2019	Prediksi 2020	SSGI 2021
1	<i>Stunted</i>	27,7% (27,2-28,1)	26,9% (23,8 – 29,9)	24,4% (23,9-24,9)
2	<i>Wasted</i>	7,4% (7,2 – 7,7)	-	7,1% (6,8-7,3)
3	<i>Underweight</i>	16,3% (15,9-16,7)	-	17,0% (16,6-17,4)

Gambar 1.3 Prevalensi Status Gizi Balita Nasional  
Hasil SSGI 2019-2021

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa prevalensi stunting pada balita di Inonesia menurut data SSGI tahun 2021 masih tinggi yaitu sebesar 24,4% (Kemenkes RI, 2021). Adapun data balita stunting menurut provinsi dapat dilihat pada gambar di bawah ini (Kemenkes RI, 2021):



Gambar 1.4 Prevalensi Stunting Berdasarkan Provinsi (SSGI,2021)

Provinsi dengan prevalensi stunting pada balita paling tinggi adalah Nusa Tenggara Timur yaitu sebesar 37,8%. Sedangkan provinsi dengan prevalensi stunting paling rendah adalah Bali yaitu sebesar 10,9% (Kemenkes RI, 2021).



Gambar 1.5 Distribusi Stunting Menurut Kelompok Umur di Indonesia Data SSGI 2021

Prevalensi stunting menurut umur berdasarkan data SSGI 2021 menunjukkan bahwa prevalensi tertinggi pada usia 0-59 bulan yaitu sebesar 24,4%(Kemenkes RI, 2021).

Dampak jangka panjang dari stunting adalah mortalitas. Stunting bukan merupakan penyebab langsung mortalitas atau kematian. Mortalitas stunting berhubungan dengan berbagai penyakit penyerta seperti infeksi terutama pneumonia, diare, sepsis, tuberculosis paru, meningitis, dan hepatitis (Maesarah, Adam, Hatta, Djafar, & Ka'aba, 2021).

Sebuah studi kohort yang dilakukan di Inggris, ditemukan bahwa dari total sampel sebanyak 3877 anak, sebanyak 391 orang diantaranya meninggal pada usia 36-64 tahun. Anak yang pendek (*short stature*) memiliki mortalitas yang lebih besar 30-60 tahun kemudian. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa pria dan wanita Inggris yang lahir pada tahun 1946 relatif terhambat secara pertumbuhan menurut standar kontemporer. Mereka yang pendek atau stunting pada usia 6 tahun memiliki angka kematian yang jauh

lebih tinggi 30 sampai 60 tahun kemudian (Ong, Hardy, Shah, & Kuh, 2013).

## **C. Identifikasi Status Stunting pada Anak**

### **1. Penilaian Stunting pada Anak**

Sebelum menilai seorang anak mengalami stunting perlu dilakukan penilaian pertumbuhan. Penilaian pertumbuhan merupakan suatu proses berkelanjutan yang dinamis dan bukan hanya potret satu titik. Artinya penambahan panjang badan atau tinggi badan harus selalu dinilai dari waktu ke waktu sehingga dapat diidentifikasi segera adanya perlambatan pertumbuhan sebelum terjadi *stunting* (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Stunting diidentifikasi dengan membandingkan tinggi seorang anak dengan standar tinggi badan anak pada populasi yang normal sesuai dengan usia dan jenis kelamin yang sama. Anak dikatakan pendek (*stunting*) jika tingginya berada dibawah -2 SD menurut standar standar WHO (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur <b>(PB/U atau TB/U)</b> <b>anak usia 0 - 60</b> <b>bulan</b>	Sangat pendek ( <i>severely stunted</i> )	<-3 SD
	Pendek ( <i>stunted</i> )	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi <sup>2</sup>	> +3 SD

Gambar 1.6 Standar Antropometri PB/U atau TB/U (Kemenkes, 2020)

Identifikasi status gizi pada balita dapat dilihat melalui Indeks Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 (nol) sampai dengan 60 (enam puluh) bulan yang digunakan untuk menentukan kategori (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020):

- a. sangat pendek (*severely stunted*);
- b. pendek (*stunted*);
- c. normal; dan
- d. tinggi.

Indeks PB/U atau TB/U menggambarkan pertumbuhan panjang atau tinggi badan anak berdasarkan umurnya. Indeks ini dapat mengidentifikasi anak-anak yang pendek (*stunted*) atau sangat pendek (*severely*

*stunted*), yang disebabkan oleh gizi kurang dalam waktu lama atau sering sakit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Anak-anak yang tergolong tinggi menurut umurnya juga dapat diidentifikasi. Anak-anak dengan tinggi badan di atas normal (tinggi sekali) biasanya disebabkan oleh gangguan endokrin, namun hal ini jarang terjadi di Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

## **2. Ciri-Ciri Stunting pada Anak**

Menurut Kementerian Kesehatan RI, ciri-ciri stunting adalah sebagai berikut (Mendes & Nuwa, 2018):

1. Tinggi bada menurut usianya di bawah – 2 standar deviasi dari median standar pertumbuhan anak WHO
2. Pertumbuhan melambat
3. Usia 8-10 tahun anak menjadi lebih pendiam dan tidak banyak melakukan kontak mata
4. Wajah tampak lebih dari usianya
5. Tanda pubertas terlambat
6. Pertumbuhan gigi terlambat

7. Performa buruk pada tes perhatian dan memori belajar

#### **D. Kesimpulan**

Epidemiologi stunting masih tergolong tinggi secara global maupun di Indonesia. Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2018 menyatakan bahwa masih ada 30,8% balita di Indonesia yang berperawakan pendek.

Menurut data World Health Organization (WHO) tahun 2018, prevalensi stunting pada balita di dunia sebesar 22%. WHO menyatakan bahwa prevalensi stunting di atas 20% merupakan masalah kesehatan masyarakat.

*Stunting* merupakan dampak dari berbagai faktor seperti berat lahir yang rendah, stimulasi dan pengasuhan anak yang kurang tepat, asupan nutrisi kurang, dan infeksi berulang serta berbagai faktor lingkungan lainnya.

Dampak buruk yang dapat disebabkan oleh stunting dalam jangka pendek adalah gangguan perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh.

Dampak buruk jangka panjang yang ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi timbulnya diabetes, obesitas, jantung, dan penyakit pembuluh darah, kanker, stroke dan kecacatan di usia tua. Sehingga berpengaruh pada kualitas sumber daya manusia, produktivitas, dan daya saing.

#### **E. Latihan Soal**

1. Bagaimana epidemiologi stunting pada balita di Indonesia?
2. Apa saja faktor yang dapat menyebabkan stunting?
3. Apa saja dampak buruk dari stunting baik jangka pendek maupun jangka Panjang ?
4. Bagaimana cara identifikasi stunting pada anak?
5. Apa saja ciri-ciri stunting yang Nampak pada anak?

## **BAB II**

### **FAKTOR RISIKO *STUNTING* PADA BALITA**

#### **TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM:**

Bab ini memberikan penjelasan tentang faktor risiko kejadian *stunting* pada balita.

#### **TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS:**

1. Memberikan informasi mengenai *stunting*
2. Memberikan informasi mengenai faktor risiko kejadian *stunting*

#### **A. Pendahuluan**

*Stunting* (kerdil) adalah kondisi balita yang memiliki panjang atau tinggi badan kurang atau tidak sesuai jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Balita *stunting* pada masa yang akan datang tentu akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2018).

*Stunting* menggambarkan status gizi kurang yang bersifat kronik, keadaan ini dipresentasikan dengan nilai z-score tinggi badan menurut umur (TB/U) pada ambang batas  $<-2$  SD sampai dengan  $-3$  SD (pendek atau *stunting*) dan  $<-3$  (sangat pendek) (Larasati dkk, 2018). Masalah balita pendek (*stunting*) menggambarkan adanya masalah gizi kronis, yang dipengaruhi dari kondisi ibu atau calon ibu, masa janin, masa bayi atau balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita. Seperti masalah gizi lainnya, tidak hanya terkait masalah kesehatan namun juga dipengaruhi oleh berbagai kondisi lain yang secara tidak langsung memengaruhi kesehatan (Nugraheni dkk, 2020).

## **B. Faktor Risiko Kejadian *Stunting***

*Stunting* merefleksikan gangguan pertumbuhan sebagai dampak dari rendahnya status gizi dan kesehatan pada periode *pre-* dan *post-natal*. UNICEF *framework* menjelaskan tentang faktor penyebab terjadinya malnutrisi. Dua penyebab langsung *stunting* adalah faktor penyakit dan asupan zat gizi. Kedua faktor ini berhubungan dengan

faktor pola asuh, akses terhadap makanan, akses terhadap layanan kesehatan dan sanitasi lingkungan. Namun, penyebab dasar dari semua ini adalah terdapat pada level individu dan rumah tangga tersebut, seperti tingkat pendidikan, pendapatan rumah-tangga. Banyak penelitian *cross-sectional* menemukan hubungan yang erat antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi anak (Bloem MW, de Pee S, Hop LT, Khan NC, Lailou A, Minarto, *et al.*, 2013).

Menurut WHO (2013) membagi penyebab terjadinya *stunting* pada anak menjadi 4 kategori besar yaitu faktor keluarga dan rumah tangga, makanan tambahan/komplemen yang tidak adekuat, menyusui, dan infeksi. Faktor keluarga dan rumah tangga dibagi lagi menjadi faktor maternal dan faktor lingkungan rumah. Faktor maternal berupa nutrisi yang kurang pada saat prekonsepsi, kehamilan, dan laktasi, tinggi badan ibu yang rendah, infeksi, kehamilannya pada usia remaja, kesehatan mental, *intrauterine growth restriction* (IUGR) dan kelahiran *preterm*, jarak kehamilan yang pendek, dan hipertensi. Faktor lingkungan

rumah berupa stimulasi dan aktivitas anak yang tidak adekuat, perawatan yang kurang, sanitasi dan pasukan air yang tidak adekuat, akses dan ketersediaan pangan yang kurang, alokasi makanan dalam rumah tangga yang tidak sesuai, edukasi pengasuh yang rendah (WHO, 2013).

### **1. Faktor keluarga dan rumah tangga**

Faktor maternal, dapat disebabkan karena nutrisi yang buruk selama prekonsepsi, kehamilan, dan laktasi. Selain itu juga dipengaruhi perawatan ibu yang pendek, infeksi, kehamilan muda, kesehatan jiwa, IUGR dan persalinan prematur, jarak persalinan yang dekat, dan hipertensi. Lingkungan rumah, dapat dikarenakan oleh stimulasi dan aktivitas yang tidak adekuat, penerapan asuhan yang buruk, ketidakamanan pangan, alokasi pangan yang tidak tepat, rendahnya edukasi pengasuh.

### **2. *Complementary feeding* yang tidak adekuat**

Setelah umur 6 bulan, setiap bayi membutuhkan makanan lunak yang bergizi sering disebut Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Pengenalan dan pemberian MP-ASI

harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi/anak. Dalam keadaan darurat, bayi dan balita seharusnya mendapat MP-ASI untuk mencegah kekurangan gizi. Untuk memperolehnya perlu ditambahkan vitamin dan mineral (variasi bahan makanan) karena tidak ada makanan yang cukup untuk kebutuhan bayi.

Definisi MP-ASI Makan pendamping ASI adalah makanan yang diberikan kepada anak bersamaan dengan ASI, MP-ASI sendiri bersifat untuk melengkapi ASI, bukan untuk menggantikan ASI dan ASI tetap harus diberikan sampai usia 2 tahun diikuti pemberian MPASI pada usia 6 bulan.

*World Health Organization* (WHO) bersama dengan Kementerian Kesehatan dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) telah menegaskan bahwa usia hingga 6 bulan hanya diberikan ASI eksklusif saja. Oleh karena itu, MP-ASI baru bisa diperkenalkan kepada bayi ketika bayi berusia 6 bulan keatas. MP-ASI berguna untuk menutupi kekurangan zat-zat gizi yang terkandung didalam ASI. Dengan demikian, cukup jelas

bahwa peranan MP-ASI bukan sebagai pengganti ASI tetapi untuk melengkapi atau mendampingi ASI (Lestiarini and Sulistyorini, 2020).

a. Jenis-jenis MP-ASI

1) Makanan Lumat

Makanan lumat adalah makanan yang dihaluskan atau disaring dan bentuknya lebih lembut dan halus tanpa ampas. Makanan lumat diberikan pada anak berusia 6-9 bulan. Contoh makanan lumat antara lain berupa bubur susu, bubur sumsum, pisang dikerok, pepaya saring dan nasi tim saring.

2) Makanan Lunak

Makanan lunak adalah makanan yang dimasak dengan banyak air atau teksturnya agak kasar dari makanan lumat. Makanan lunak diberikan pada anak berusia 12 bulan dan berupa bubur nasi, bubur ayam dan nasi tim.

3) Makanan Padat

Makanan padat adalah makanan lunak yang tidak berair dan biasanya disebut makanan keluarga. Makanan padat 28 mulai dikenalkan pada anak berusia 12-24 bulan. Contoh makanan padat antara lain berupa

nasi, laukpauk, sayur bersantan dan buah-buahan.

b. Frekuensi MP-ASI

1) Usia 6 bulan

Banyaknya energi tambahan yang dibutuhkan dari MPASI adalah sebanyak 200 kilo kalori per hari. Tahap awal dalam memperkenalkan makanan tambahan pada bayi yaitu diberikan dua kali sehari pada bayi berusia 6 bulan.

2) Usia 6-9 bulan

Banyaknya energi tambahan yang dibutuhkan dari MPASI adalah sebanyak 200 kilo kalori per hari. Bayi yang berusia 6-9 bulan porsi kebutuhannya diberikan 2 hingga 3 kali makan dan 1 sampai 2 kali selingan tiap harinya.

3) Usia 9-12 bulan

Banyaknya energi tambahan yang dibutuhkan dari MPASI adalah sebanyak 300 kilo kalori per hari. Berikan 3 hingga 4 kali makan dan 1 sampai 2 kali selingan tiap harinya.

4) Usia 12-24 bulan

Banyaknya energi tambahan yang dibutuhkan dari MPASI adalah sebanyak 550

kilo kalori per hari. Berikan 3 hingga 4 kali makan dan 1 sampai 2 kali selingan tiap harinya.

c. Jumlah MP-ASI

1) Usia 6 bulan

Berikan dua kali sehari sebanyak 2-3 sendok makan penuh dalam sekali makan sebagai awalan.

2) Usia 6-9 bulan

Berikan 3-6 sendok penuh tiap kali makan atau tingkatkan secara perlahan menjadi setengah mangkuk berukuran 250 ml. 29

3) Usia 9-12 bulan

Berikan setengah mangkuk berukuran 250 ml.

4) Usia 12-24 bulan

Tingkatkan jumlah MP-ASI secara perlahan menjadi tiga seperempat mangkuk berukuran 250 ml sekali makan.

d. Tekstur MP-ASI

1) Usia 6 bulan Mulai MP-ASI dengan makanan yang dihaluskan sehingga menjadi bubur kental (*puree*) atau sari buah.

- 2) Usia 6-9 bulan Berikan MP-ASI dengan tekstur bubur kental (*puree*) atau makanan yang dilumatkan hingga halus (*mashed*).
- 3) Usia 9-12 bulan Berikan MP-ASI yang dicincang halus (*minced*), dicincang kasar (*chopped*) atau makanan yang dapat dipegang oleh anak (*finger foods*).
- 4) Usia 12-24 bulan Berikan makanan keluarga yang dihaluskan atau dicincang seperlunya.

Kualitas makanan yang buruk meliputi kualitas *micronutrient* yang buruk, kurangnya keragaman dan asupan pangan yang bersumber dari pangan hewani, kandungan tidak bergizi, dan rendahnya kandungan energi pada *complementary foods*. Praktik pemberian makanan yang tidak memadai, meliputi pemberian makan yang jarang, pemberian makan yang tidak adekuat selama dan setelah sakit, konsistensi pangan yang terlalu ringan, kuantitas pangan yang tidak mencukupi, pemberian makan yang tidak berespon. Makanan tambahan yang diberikan berupa makan lumat yang bisa dibuat sendiri berupa bubur tepung atau bubur beras

ditambah lauk pauk, sayur, dan buah, sehingga perlu pengetahuan gizi yang baik (Dekkar, 2010). Konsumsi makanan bagi setiap orang terutama balita umur 1-2 tahun harus selalu memenuhi kebutuhan. Konsumsi makanan yang kurang akan menyebabkan ketidakseimbangan proses metabolisme di dalam tubuh, bila hal ini terjadi terus menerus akan terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Bukti menunjukkan keragaman diet yang lebih bervariasi dan konsumsi makanan dari sumber hewani terkait dengan perbaikan pertumbuhan linear. Analisis terbaru menunjukkan bahwa rumah tangga yang menerapkan diet yang beragam, termasuk diet yang diperkaya nutrisi pelengkap, akan meningkatkan asupan gizi dan mengurangi risiko *stunting*. Menurut Persagi (2009), pemberian tambahan makanan di samping makanan yang dimakan sehari – hari dengan tujuan memulihkan keadaan gizi dan kesehatan. PMT dapat berupa makanan lokal atau makanan pabrik tidak memberatkan fungsi pencernaan serta memiliki zat-zat gizi yang disesuaikan dengan kebutuhan anak

untuk pertumbuhan dan kesehatan yang optimal. Program Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) diberikan kepada anak gizi buruk dan gizi kurang yang jumlah harinya tertentu dengan tujuan untuk meningkatkan status gizi anak. Ibu yang memiliki anak di bawah lima tahun yang menderita gizi kurang / gizi buruk diberikan satu paket PMT Pemulihan (Persagi, 2009).

Menurut Gibson et al (1998), complementary foods atau makanan tambahan yang diberikan pada anak khususnya di negara yang sedang berkembang menurut sebaiknya harus di fortifikasi dengan micro nutrient terutama zat besi, kalsium dan zinc. Sedangkan spesifikasi jenis makanan yang diberikan antra lain dengan persyaratan komposisi gizi mencukupi minimal 1/3 dari kebutuhan 1 hari, yaitu; energi 350-400 kalori dan protein 10-15 gram. Pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) diberikan setiap hari kepada anak selama 3 bulan (90 hari). Sedangkan bentuk makanan PMT-P makanan yang diberikan berupa:

- a. Kudapan (makanan kecil) yang dibuat dari bahan makanan setempat/lokal.
- b. Bahan makanan mentah berupa tepung beras, atau tepung lainnya, tepung susu, gula minyak, kacang-kacangan, sayuran, telur dan lauk pauk lainnya

Cara pemberian/pendistribusian PMT-P pada sasaran dilakukan di Posyandu atau tempat yang sudah disepakati, kader dibantu oleh PKK desa akan memasak sesuai menu yang telah ditentukan dan setiap hari selama 3 bulan ibu balita akan membawa balita untuk mengambil PMT-P yang sudah disediakan.

### **3. Beberapa masalah dalam pemberian ASI**

Rendahnya kesadaran Ibu akan pentingnya memberikan ASI pada balitanya dipengaruhi oleh pengetahuan ibu tentang kesehatan dan sosio-kultural, terbatasnya petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan, tradisi daerah berpengaruh terhadap pemberian makanan pendamping ASI yang terlalu dini, dan tidak lancarnya ASI setelah melahirkan (BPS Ketapang, 2016). Masalah-masalah terkait praktik pemberian ASI meliputi *delayed initiation*, tidak

menerapkan ASI eksklusif, dan penghentian dini konsumsi ASI. Sebuah penelitian membuktikan bahwa menunda inisiasi menyusui (*delayed initiation*) akan meningkatkan kematian bayi. ASI eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI tanpa suplementasi makanan maupun minuman lain, baik berupa air putih, jus, ataupun susu selain ASI. IDAI merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama untuk mencapai tumbuh kembang optimal. Setelah enam bulan, bayi mendapat makanan pendamping yang adekuat sedangkan ASI dilanjutkan sampai usia 24 bulan. Menyusui yang berkelanjutan selama dua tahun memberikan kontribusi signifikan terhadap asupan nutrisi penting pada bayi.

Namun ada pengecualian, bayi diperbolehkan mengonsumsi obat-obatan, vitamin, dan mineral tetes atas saran dokter. Selama 6 bulan pertama pemberian ASI eksklusif, bayi tidak diberikan makanan dan minuman lain (susu formula, jeruk, madu, air, teh, dan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, bubur nasi, biskuit, nasi tim). Sedangkan ASI dominan adalah

memberikan ASI kepada bayi, tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air, misalnya teh, sebagai makanan/ minuman prelakteal sebelum ASI keluar. Bayi yang sudah berumur 6 bulan, kebutuhan gizinya akan meningkat, sehingga bayi memerlukan makanan tambahan yang tidak sepenuhnya dapat dipenuhi oleh ASI saja (Kemenkes, 2010).

Pemberian ASI memiliki berbagai manfaat terhadap kesehatan, terutama dalam hal perkembangan anak. Komposisi ASI banyak mengandung asam lemak tak jenuh dengan rantai karbon panjang (LCPUFA, *long-chain polyunsaturated fatty acid*) yang tidak hanya sebagai sumber energi tapi juga penting untuk perkembangan otak karena molekul yang dominan ditemukan dalam selubung myelin. ASI juga memiliki manfaat lain, yaitu meningkatkan imunitas anak terhadap penyakit, berdasarkan penelitian pemberian ASI dapat menurunkan frekuensi diare, konstipasi kronis, penyakit gastrointestinal, infeksi traktus respiratorius, serta infeksi telinga. Secara tidak langsung, ASI juga memberikan efek terhadap

perkembangan psikomotor anak, karena anak yang sakit akan sulit untuk mengeksplorasi dan belajar dari sekitarnya. Manfaat lain pemberian ASI adalah pembentukan ikatan yang lebih kuat dalam interaksi ibu dan anak, sehingga berefek positif bagi perkembangan dan perilaku anak (Henningham & McGregor, 2008).

Risiko menjadi *stunting* 3,7 kali lebih tinggi pada balita yang tidak diberi ASI eksklusif (pemberian ASI < 6 bulan) dibandingkan dengan balita yang diberi ASI Eksklusif ( $\geq 6$  bulan) (Hien dan Kam, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh Teshome (2009) menunjukkan bahwa anak yang tidak mendapatkan kolostrum lebih berisiko tinggi terhadap *stunting*. Hal ini mungkin disebabkan karena kolostrum memberikan efek perlindungan pada bayi baru lahir dan bayi yang tidak menerima kolostrum mungkin memiliki insiden, durasi dan keparahan penyakit yang lebih tinggi seperti diare yang berkontribusi terhadap kekurangan gizi. Penelitian lain juga menyebutkan pemberian kolostrum pada bayi berhubungan dengan kejadian *stunting* (Kumar, *et al.*, 2006). Selain

itu, durasi pemberian ASI yang berkepanjangan merupakan faktor risiko untuk *stunting* (Teshome, 2009).

Pemberian makanan tambahan yang terlalu dini secara signifikan berkaitan dengan peningkatan risiko infeksi pernafasan dan insiden yang lebih tinggi mordibitas malaria dan infeksi mata. Penelitian di Peru, menunjukkan prevalensi diare secara signifikan lebih tinggi pada anak yang disapih. Hal ini dapat disebabkan karena hilangnya kekebalan tubuh dari konsumsi ASI yang tidak eksklusif dan juga pengenalan makanan tambahan yang tidak higienis yang rentan terhadap penyakit infeksi. Penelitian di negara maju menunjukkan bahwa menyusui dapat mengurangi kejadian pneumonia dan gastroenteritis (Kalanda, Verhoeff&Brabin, 2006).

Di Indonesia, perilaku ibu dalam pemberian ASI eksklusif memiliki hubungan yang bermakna dengan indeks PB/U, dimana 48 dari 51 anak *stunted* tidak mendapatkan ASI eksklusif (Oktavia, 2011). Penelitian lain yang dilakukan oleh Istiftiani (2011) menunjukkan bahwa umur pertama pemberian

MP-ASI berhubungan signifikan dengan indeks status gizi PB/U pada baduta.

#### **4. Infeksi**

Penyebab langsung malnutrisi adalah diet yang tidak adekuat dan penyakit. Manifestasi malnutrisi ini disebabkan oleh perbedaan antara jumlah zat gizi yang diserap dari makanan dan jumlah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh. Hal ini terjadi sebagai konsekuensi dari terlalu sedikit mengonsumsi makanan atau mengalami infeksi, yang meningkatkan kebutuhan tubuh akan zat gizi, mengurangi nafsu makan, atau mempengaruhi penyerapan zat gizi di usus. Kenyataannya, malnutrisi dan infeksi sering terjadi pada saat bersamaan. Malnutrisi dapat meningkatkan risiko infeksi, sedangkan infeksi dapat menyebabkan malnutrisi yang mengarahkan ke lingkaran setan. Anak kurang gizi, yang daya tahan terhadap penyakitnya rendah, jatuh sakit dan akan menjadi semakin kurang gizi, sehingga mengurangi kapasitasnya untuk melawan penyakit dan sebagainya. Ini disebut juga *infectionmalnutrition* (Maxwell, 2011).

Status kesehatan balita meliputi kejadian diare dan infeksi saluran pernafasan akut

(ISPA) pada balita. Diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan dan konsistensi tinja yang lebih lunak dan cair yang berlangsung dalam kurun waktu minimal 2 hari dan frekuensinya 3 kali dalam sehari. Bakteri penyebab utama diare pada bayi dan anak-anak adalah *enteropathogenic escherichia coli* (EPEC). Menurut Levine & Edelman, Bakteri EPEC juga diyakini menjadi penyebab kematian ratusan ribu anak di negara berkembang setiap tahunnya. Hal ini juga diungkapkan oleh Budiarti, bahwa di Indonesia 53% dari bayi dan anak penderita diare terinfeksi EPEC. Oleh karena itu, penyakit diare merupakan salah satu masalah kesehatan utama dibanyak negara berkembang, termasuk Indonesia.

Hasil penelitian Astari, *et al* (2005) menemukan bahwa praktek sanitasi pangan mempengaruhi kejadian *stunting* melalui peningkatan kerawatan terhadap penyakit diare, sementara praktek sanitasi lingkungan mempengaruhi kejadian *stunting* melalui peningkatan kerawatan terhadap penyakit ISPA (Astari, L.D., Nasoetion, A., dan Dwiriani, C.M., 2005).

Sanitasi di daerah kumuh biasanya kurang baik dan keadaan tersebut dapat menyebabkan meningkatnya penularan penyakit infeksi. Di negara berkembang penyakit infeksi pada anak merupakan masalah yang kesehatan yang penting dan diketahui dapat mempengaruhi pertumbuhan anak. Beberapa contoh infeksi yang sering dialami yaitu infeksi enterik seperti diare, enteropati, dan cacing, dapat juga disebabkan oleh infeksi pernafasan (ISPA), malaria, berkurangnya nafsu makan akibat serangan infeksi, dan inflamasi (Masithah, Soekirman, & Martianto, 2005).

## **5. Kelainan endokrin**

Batubara (2010) menyebutkan terdapat beberapa penyebab perawakan pendek diantaranya dapat berupa variasi normal, penyakit endokrin, displasia skeletal, sindrom tertentu, penyakit kronis dan malnutrisi. Pada dasarnya perawakan pendek dibagi menjadi dua yaitu variasi normal dan keadaan patologis. Kelainan endokrin dalam faktor penyebab terjadinya stunting berhubungan dengan defisiensi GH, IGF- 1, hipotiroidisme,

kelebihan glukokortikoid, diabetes melitus, diabetes insipidus, rickets hipopostamemia.

Pada referensi lain dikatakan bahwa tinggi badan merupakan hasil proses dari faktor genetik (biologik), kebiasaan makan (psikologik) dan terpenuhinya makanan yang bergizi pada anak (sosial). Stunting dapat disebabkan karena kelainan endokrin dan non endokrin. Penyebab terbanyak adalah kelainan non endokrin yaitu penyakit infeksi kronis, gangguan nutrisi, kelainan gastrointestinal, penyakit jantung bawaan dan faktor sosial ekonomi.

Faktor kedua penyebab *stunting* adalah makanan komplementer yang tidak adekuat yang dibagi lagi menjadi tiga, yaitu kualitas makanan yang rendah, cara pemberian yang tidak adekuat, dan keamanan makanan dan minuman. Kualitas makanan yang rendah dapat berupa kualitas mikronutrien yang rendah, keragaman jenis makanan yang dikonsumsi dan sumber makanan hewani yang rendah, makanan yang tidak mengandung nutrisi, dan makanan komplementer yang mengandung energi rendah. Cara pemberian yang tidak adekuat

berupa frekuensi pemberian makanan yang rendah, pemberian makanan yang tidak adekuat ketika sakit dan setelah sakit, konsistensi makanan yang terlalu halus, pemberian makan yang rendah dalam kuantitas. Keamanan makanan dan minuman dapat berupa makanan dan minuman yang terkontaminasi, kebersihan yang rendah, penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman. Faktor ketiga yang dapat menyebabkan stunting adalah pemberian air susu ibu (ASI) yang salah bisa karena inisiasi yang terlambat, tidak ASI eksklusif, penghentian menyusui yang terlalu cepat. Faktor keempat adalah infeksi klinis dan subklinis seperti infeksi pada usus: diare, *environmental enteropathy*, infeksi cacing, infeksi pernafasan, malaria, nafsu makan yang kurang akibat infeksi, inflamasi (WHO, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nasikhah (2012) pada anak usia 24 – 36 bulan di Semarang menunjukkan terdapat beberapa faktor risiko yang paling berpengaruh untuk terjadinya *stunting*, yaitu tinggi badan orang tua yang rendah, pendidikan ayah yang rendah, dan

pendapatan perkapita yang rendah (Nasikhah, 2012). Mamiro (2005) juga melakukan penelitian yang serupa kepada anak usia 3 – 23 bulan di Tanzania menunjukkan bahwa malaria, berat badan lahir rendah (BBLR), pendapatan keluarga yang rendah, dan indeks massa tubuh (IMT) ibu yang rendah berperan sebagai faktor risiko terjadinya *stunting* pada anak. Berat badan lahir rendah dan indeks massa tubuh ibu yang rendah merupakan dua faktor risiko terkuat untuk penyebab *stunting*.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Senbanjo (2011) pada anak usia 5– 19 tahun di Abeokuta Nigeria ditemukan beberapa hal yang menjadi faktor risiko terjadinya *stunting*, yaitu anak yang bersekolah di sekolah pemerintah, keluarga poligami, pendidikan orang tua yang rendah, dan juga kelas sosial yang rendah. Pendidikan ibu yang rendah merupakan faktor risiko terjadinya *stunting* yang paling tinggi dibanding dengan faktor risiko lainnya. Menurutnya hal tersebut bisa disebabkan karena ibu dengan pendidikan yang tinggi cenderung memiliki finansial yang lebih baik dan dapat meningkatkan pendapatan keluarga. Hal tersebut membuat

keluarga di kelas sosial yang lebih tinggi dan memiliki status gizi keluarga yang lebih baik, sedangkan menurut penelitian Olukamakaiye (2013) terhadap anak sekolah di Nigeria, asupan makanan mempengaruhi kejadian *stunting*. Penelitiannya menunjukkan bahwa anak dengan rendahnya keanekaragaman jenis makanan yang dikonsumsi menjadi faktor risiko terjadinya *stunting*. Olukamakaiye juga mendukung bahwa anak dari sekolah pemerintah lebih banyak yang menderita *stunting* dibanding dengan sekolah swasta. Hal tersebut dikarenakan malnutrisi yang disebabkan oleh keanekaragaman jenis makanan yang rendah.

Menurut Almatsier (2001), faktor-faktor penyebab *stunting* erat hubungannya dengan kondisi-kondisi yang mendasari kejadian tersebut, kondisi-kondisi yang mempengaruhi faktor penyebab *stunting* terdiri atas:

### **1. Asupan Energi**

Pemilihan dan konsumsi makanan yang baik akan berpengaruh pada terpenuhinya kebutuhan gizi sehari-hari untuk menjalankan dan menjaga fungsi normal tubuh. Sebaliknya, jika makanan yang dipilih dan dikonsumsi

tidak sesuai (baik kualitas maupun kuantitasnya), maka tubuh akan kekurangan zat-zat gizi esensial tertentu (Almatsier, 2001).

Secara garis besar, fungsi makanan bagi tubuh terbagi menjadi tiga fungsi, yaitu memberi energi (zat pembakar), pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh (zat pembangun), dan mengatur proses tubuh (zat pengatur). Sebagai sumber energi, karbohidrat, protein dan lemak menghasilkan energi yang diperlukan tubuh untuk melakukan aktivitas. Ketiga zat gizi ini terdapat dalam jumlah yang paling banyak dalam bahan pangan yang kita konsumsi sehari-hari. Sebagai zat pengatur, makanan diperlukan tubuh untuk membentuk sel-sel baru, memelihara dan mengganti sel-sel yang rusak.

Zat tersebut adalah protein, mineral dan air. Selain sebagai zat pembangun, protein, mineral dan air juga berfungsi sebagai zat pengatur. Dalam hal ini, protein mengatur keseimbangan air dalam sel. Protein membentuk *antibody* untuk menjaga daya tahan tubuh dari infeksi dan bahan-bahan asing yang masuk ke dalam tubuh. Langkah awal mengevaluasi kegagalan pertumbuhan

pada anak adalah mengevaluasi kecukupan energi dan nutrisi pada makanan yang dikonsumsi. Asupan makanan berpengaruh terhadap status gizi. Status gizi akan optimal jika tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang diperlukan, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, otak serta perkembangan psikomotorik secara optimal (Almatsier, 2001).

Anjuran jumlah asupan energi dalam setiap tahapan umur tidaklah sama, sehingga asupan yang diperlukan balita usia dua dan empat tahun akan berbeda. Kebutuhan energi bagi anak ditentukan oleh ukuran dan komposisi tubuh, aktivitas fisik, dan tingkat pertumbuhan. Angka kecukupan gizi yang dianjurkan (AKG) energi untuk balita usia 24-47 bulan adalah 1000 kkal/hari, sedangkan AKG balita usia 48-59 bulan adalah 1550 kkal/hari (WNPG VIII, 2004). Adapun batasan minimal asupan energi per hari adalah 70% dari AKG (Kementerian Kesehatan, 2010).

Kebutuhan energi yang harus diasup oleh balita di Indonesia telah ditetapkan dalam tabel 2.2 sebagai berikut ini:

Tabel 2.1 Kebutuhan Energi Balita Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) Rata-Rata Per Hari

No	Kelompok Umur	Energi (Kkal)
1	0-6 Bulan	550
2	7-11 Bulan	725
3	1-3 Tahun	1125
4	4-6 Tahun	1600

*Sumber: Depkes, 2013*

Menurut Suhardjo (2003) yang dikutip oleh Fitri (2012), makanan merupakan sumber energi untuk menunjang semua aktivitas manusia. Adanya pembakaran karbohidrat, protein, dan lemak menghasilkan energi pada tubuh manusia. Maka dari itu, agar manusia tercukupi energinya dibutuhkan makanan yang masuk ke dalam tubuh secara adekuat.

Asupan zat gizi yang tidak adekuat, terutama dari total energi, protein, lemak dan zat gizi mikro, berhubungan dengan defisit pertumbuhan fisik di anak pra sekolah (ACC/SCN, 2000). Namun konsumsi, diet yang cukup tidak menjamin pertumbuhan fisik yang normal, karena kejadian penyakit lain, seperti infeksi akut atau kronis, dapat mempengaruhi proses yang kompleks

terhadap terjadinya atau pemeliharaan defisit pertumbuhan pada anak. Kecukupan total makanan yang dikonsumsi merupakan penentu utama pertumbuhan. Hal ini karena, sebagian nutrisi dapat di distribusikan secara luas diberbagai jenis makanan. Makanan yang memadai dari segi kuantitas sangat penting karena energi (kilokalori) yang disediakan didalamnya dan berbagai jenis makanan dapat menjadi substitusi satu sama lain untuk menghasilkan energi.

## **2. Asupan Protein**

Protein berfungsi sebagai penyedia energi, tetapi juga memiliki fungsi esensial lainnya untuk menjamin pertumbuhan normal (Pipes, 1985). Sebagai sumber energi, protein menyediakan 4 kkal energi per 1 gram protein, sama dengan karbohidrat. Protein terdiri atas asam amino esensial dan non-esensial, yang memiliki fungsi berbeda-beda. Protein mengatur kerja enzim dalam tubuh, sehingga protein juga berfungsi sebagai zat pengatur. Asam amino esensial merupakan asam amino yang tidak dapat dihasilkan sendiri oleh tubuh sehingga harus diperoleh dari makanan (luar tubuh). Asam amino non-esensial adalah

asam amino yang dapat di produksi sendiri oleh tubuh. Meskipun demikian, produksi asam amino non-esensial bergantung pada ketersediaan asam amino esensial dalam tubuh (Almatsier, 2001).

Protein merupakan bagian kedua terbesar setelah air. Kira-kira seperlima komposisi tubuh terdiri atas protein dan separuhnya tersebar di otot, seperlima di tulang dan tulang rawan, sepersepuluh di kulit dan sisanya terdapat di jaringan lain dan cairan tubuh. Protein berperan sebagai prekursor sebagian besar koenzim, hormone, asam nukleat dan molekul-molekul yang esensial bagi kehidupan. Protein juga berperan sebagai pemelihara netralitas tubuh (sebagai *buffer*), pembentuk *antibody*, mengangkut zat-zat gizi, serta pembentuk ikatan-ikatan esensial tubuh, misalnya hormon. Oleh karena itu, protein memiliki fungsi yang khas dan tidak dapat digantikan oleh zat lain (Almatsier, 2001). Anjuran jumlah asupan protein tidak sama untuk tiap tahapan umur. Angka kecukupan gizi yang dianjurkan (AKG) protein balita usia 48-59 bulan adalah 39 gram/hari (WNPG VIII, 2004). Adapun batasan minimal asupan protei

perhari adalah 80% dari AKG (Kementerian Kesehatan, 2010). Jika asupan protein tidak mencukupi, maka pertumbuhan linear balita akan terhambat meskipun kebutuhan energinya tercukupi (Pipes, 1985).

Perkiraan kebutuhan protein dalam pertumbuhan berkisar dari 1 sampai 4 g/kg penambahan jaringan. evaluasi asupan protein anak harus berdasarkan: (1) tingkat pertumbuhan, (2), kualitas protein dari makanan yang di asup, (3) kombinasi makanan yang menyediakan asam amino komplementer ketika dikonsumsi bersamaan, (4) asupan vitamin, mineral, dan energi yang adekuat. Semua komponen tersebut penting dalam sintesis protein (Trahms & Pipes, 2000).

Kebutuhan protein yang harus diasup oleh balita di Indonesia telah ditetapkan dalam tabel 2.2 sebagai berikut ini:

Tabel 2.2 Kebutuhan Protein Balita  
Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi  
(AKG) Rata-Rata Per Hari

No	Kelompok Umur	Protein (g)
1	0-6 Bulan	12
2	7-11 Bulan	18
3	1-3 Tahun	26
4	4-6 Tahun	35

*Sumber: Depkes, 2013*

Kelaparan atau semi-kelaparan juga dapat mengubah komposisi tubuh. Protein tidak hanya tidak bertambah, tapi juga habis digunakan, sehingga massa sel tubuh berkurang. Mengenai komposisi rinci tentang diet yang sesuai untuk pertumbuhan normal, masih banyak yang harus digali lebih lanjut. Asupan protein yang adekuat merupakan hal penting, karena terdapat sembilan asam amino yang telah diklaim penting untuk pertumbuhan, dan tidak adanya satu saja asam amino tersebut akan menghasilkan pertumbuhan yang terhambat. Kekurangan zat gizi protein merupakan faktor utama dalam kondisi yang sudah dikenal dengan sebutan kwashiorkor, dimana akan ada perlambatan pertumbuhan dan pematangan tulang

(Sinclair, 1986). Penelitian yang dilakukan pada anak sekolah di Brazil menunjukkan tidak adekuatnya asupan protein berhubungan signifikan dengan kejadian *stunting* (Assis *et al.*, 2004). Penelitian yang dilakukan oleh Stephenson *et al.* (2010) juga menyebutkan hal yang sama, pada anak usai 2 – 5 tahun di Kenya dan Nigeria asupan protein yang tidak adekuat berhubungan dengan kejadian *stunting*.

Penelitian yang dilakukan oleh Fitri (2012) dan Hidayah (2010) berdasarkan analisis data Riskesdas 2010 di provinsi yang berbeda, terdapat hubungan signifikan antara konsumsi protein dengan kejadian *stunting* pada balita (Hidayah, 2010 dan Fitri, 2012). Perilaku gemar mengkonsumsi ikan pada masyarakat sampai saat ini masih sulit dilakukan. Orang tua yang sejak awal tidak pernah memperkenalkan atau membiasakan balita-balitanya untuk mengonsumsi ikan, maka sampai dewasa terbentuklah sikap tidak gemar makan ikan, sehingga memperkenalkan ikan sejak dini pada balita akan sangat bermanfaat bagi pertumbuhannya. Rendahnya tingkat

konsumsi ikan per kapita di Indonesia tampaknya disebabkan karena masih adanya anggapan dikalangan masyarakat bahwa makan ikan kurang bergengsi atau identik dengan kemiskinan, bau badan amis dan bila ibu-ibu yang sedang menyusui mengkonsumsi, maka air susunya menjadi kurang sedap. Selain itu ada ibu-ibu yang kurang mau untuk masak ikan karena harus membersihkan isi perut, membuang sisik dan duri, sehingga menimbulkan kesan bahwa masak ikan adalah sangat merepotkan (Hartati, 2012; Rahayu, 2016.).

### **3. Jenis Kelamin**

Jenis kelamin menentukan besarnya kebutuhan gizi bagi seseorang sehingga terdapat keterkaitan antara status gizi dan jenis kelamin (Apriadi, 1986). Perbedaan besarnya kebutuhan gizi tersebut dipengaruhi karena adanya perbedaan komposisi tubuh antara laki- laki dan perempuan. Perempuan memiliki lebih banyak jaringan lemak dan jaringan otot lebih sedikit daripada laki- laki. Secara metabolik, otot lebih aktif jika dibandingkan dengan lemak, sehingga secara proporsional otot akan memerlukan energi

lebih tinggi daripada lemak. Dengan demikian, laki- laki dan perempuan dengan tinggi badan, berat badan dan umur yang sama memiliki komposisi tubuh yang berbeda, sehingga kebutuhan energi dan gizinya juga akan berbeda (Almatsier, 2001).

Faktor budaya juga dapat mempengaruhi status gizi pada anak laki- laki dan perempuan. Pada beberapa kelompok masyarakat, perempuan dan anak perempuan mendapat prioritas yang lebih rendah dibandingkan laki- laki dan anak laki- laki dalam pengaturan konsumsi pangan. Hal tersebut mengakibatkan perempuan dan anak perempuan merupakan anggota keluarga yang rentan terhadap pembagian pangan yang tidak merata. Bahkan, pada beberapa kasus, mereka memperoleh pangan yang disisakan setelah anggota keluarga prima makan (Soehardjo, 1989).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa presentase gizi kurang pada balita perempuan lebih tinggi (17,9%) dibandingkan dengan balita laki- laki (13.8%) (Suyadi, 2009). Penelitian lain menunjukkan bahwa presentasi kejadian *stunting* pada balita laki- laki lebih

besar daripada kejadian *stunting* pada perempuan. Hal ini boleh jadi disebabkan karena balita laki- laki pada umumnya lebih aktif daripada balita perempuan. Balita laki- laki pada umumnya lebih aktif bermain di luar rumah, seperti berlarian, sehingga mereka lebih mudah bersentuhan dengan lingkungan yang kotor dan menghabiskan energi yang lebih banyak, sementara asupan energinya terbatas (Martianto dkk, 2008).

#### **4. Berat Lahir**

Berat lahir dapat dikategorikan menjadi dua, yaitu rendah dan normal. Disebut dengan berat lahir rendah (BBLR) jika berat lahirnya < 2500 gram (Kementrian Kesehatan, 2010). Dampak BBLR akan berlangsung antar generasi. Seorang anak yang mengalami BBLR kelak juga akan mengalami *deficit* pertumbuhan (ukuran antropometri yang kurang) di masa dewasanya. Bagi perempuan yang lahir BBLR, besar risikonya bahwa kelak ia juga akan menjadi ibu yang *stunted* sehingga berisiko melahirkan bayi yang BBLR seperti dirinya pula. Bayi yang dilahirkan BBLR tersebut akan kembali menjadi perempuan dewasa yang juga *stunted*, dan

begitu seterusnya (Semba dan Bloem, 2001). Senada dengan hasil penelitian Rahayu dkk di Kabupaten Banjar yang menemukan bahwa balita yang terlahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) memiliki risiko mengalami stunting (Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A.O dan Rahman, F. 2015).

Di Negara maju, tinggi badan balita sangat dipengaruhi oleh berat lahir. Mereka yang memiliki berat lahir rendah tumbuh menjadi anak-anak yang lebih pendek (Binkin NJ, 1988 dalam Huy ND, 2009). Besarnya perbedaan ini adalah sama pada Negara maju dan berkembang, dengan mereka yang lahir dengan berat lahir rendah (BBLR) menjadi lebih pendek sekitar 5 cm ketika berusia 17 hingga 19 tahun (Moartorell R, 1998 dalam Huy ND, 2009). Secara individual, BBLR merupakan *predictor* penting dalam kesehatan dan kelangsungan hidup bayi yang baru lahir dan berhubungan dengan risiko tinggi pada anak. Berat lahir pada umumnya sangat terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang. Sehingga, dampak lanjutan dari BBLR dapat berupa gagal tumbuh (*growth faltering*). Seseorang bayi yang lahir dengan

BBLR akan sulit dalam mengejar ketertinggalan pertumbuhan awal. Pertumbuhan yang tertinggal dari yang normal akan menyebabkan anak tersebut menjadi *stunting* (Onetusifisi P, 2016).

## **5. Jumlah Anggota Rumah Tangga**

Anggota keluarga adalah semua orang yang biasanya bertempat tinggal disuatu keluarga, baik berada di rumah pada saat pencacahan maupun sementara tidak ada. Anggota keluarga yang telah bepergian 6 bulan atau lebih, dan anggota keluarga yang bepergian kurang dari 6 bulan tetapi bertujuan pindah atau akan meninggalkan rumah 6 bulan atau lebih, tidak dianggap anggota keluarga. Orang yang telah tinggal di suatu keluarga 6 bulan atau lebih, atau yang telah tinggal di suatu keluarga kurang dari 6 bulan tetapi berniat menetap di keluarga tersebut, dianggap sebagai anggota keluarga (BPS, 2004).

Berdasarkan kategori BKKBN (1998), keluarga dengan anggota kurang dari 4 orang termasuk kategori keluarga kecil, yang kemudian dikenal sebagai norma keluarga kecil bahagia sejahtera (NKKBS). Keluarga

dengan anggota lebih dari 4 orang dikategorikan sebagai keluarga besar. Kesejahteraan anak yang tinggal pada keluarga kecil relatif akan lebih terjamin dibandingkan keluarga besar, sebaliknya semakin banyak jumlah anggota keluarga pemenuhan kebutuhan keluarga cenderung lebih sulit, termasuk dalam pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi keluarga (Hastuti, 1989).

Banyaknya anggota keluarga akan mempengaruhi konsumsi pangan. Suhardjo (2003) mengatakan bahwa ada hubungan sangat nyata antara besar keluarga dan kurang gizi pada masing-masing keluarga. Jumlah anggota keluarga yang semakin besar tanpa diimbangi dengan meningkatnya pendapatan akan menyebabkan pendistribusian konsumsi pangan akan semakin tidak merata. Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga besar, mungkin hanya cukup untuk keluarga yang besarnya setengah dari keluarga tersebut. Keadaan yang demikian tidak cukup untuk mencegah timbulnya gangguan gizi pada keluarga besar.

Ukuran keluarga (*household size*) merupakan penentu penting dalam konsumsi pangan. Semakin besar ukuran keluarga, maka semakin sedikit pangan tersedia yang dapat di distribusikan pada anggota-anggota keluarga dan dengan demikian semakin sedikit pangan yang dapat dikonsumsi. Selain itu, pengaruh besar keluarga terhadap konsumsi pangan juga berhubungan erat dengan status gizi. Kondisi ini terutama pada keluarga miskin yang sangat tergantung pada tingkat pendapatan mereka sendiri untuk membeli makanan. Anak yang terlalu banyak selain menyulitkan dalam mengurusnya juga kurang bisa menciptakan suasana tenang didalam rumah. Lingkungan keluarga yang selalu ribut akan mempengaruhi ketenangan jiwa, dan ini secara langsung akan menurunkan nafsu makan anggota keluarga lain yang terlalu peka terhadap suasana yang kurang menyenangkan, dan jika pendapatan keluarga hanya pas-pasan sedangkan jumlah anggota keluarga banyak maka pemerataan dan kecukupan makanan didalam keluarga kurang terjamin, maka keluarga ini bisa disebut keluarga rawan, karena kebutuhan

gizinya hampir tidak pernah tercukupi dengan demikian penyakitpun terus mengintai (Apriadi, 1996).

Rumah tangga yang mempunyai anggota keluarga besar berisiko mengalami kelaparan 4 kali lebih besar dibandingkan dengan rumah tangga yang anggotanya kecil. Selain itu berisiko juga mengalami kurang gizi sebanyak 5 kali lebih besar dari keluarga yang mempunyai anggota keluarga kecil (Berg, 1986 dalam Suyadi, 2009). Balita yang mengalami *stunting* lebih banyak terdapat pada keluarga yang jumlah anaknya  $\geq 3$  orang, jika dibandingkan dengan keluarga yang jumlah anaknya  $< 3$  orang. Meskipun demikian, tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah anak dengan kejadian *stunting* pada balita (Neldawati, 2006).

## **6. Pendidikan Ibu**

Menurut Depdiknas (2001), pendidikan adalah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Tingkat pendidikan orang tua sangat mempengaruhi pertumbuhan

anak balita. tingkat pendidikan akan mempengaruhi konsumsi pangan melalui cara pemilihan bahan pangan (Hidayat, 1989 dalam Suyadi, 2009). Orang yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi akan cenderung memilih bahan makanan yang lebih baik dalam kualitas maupun kuantitas. Semakin tinggi Pendidikan orang tua maka semakin baik juga status gizi anaknya (Soekirman, 1985 dalam Suyadi, 2009).

Orang yang mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah atau mereka yang tidak berpendidikan. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah seseorang dalam menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi yang dapat meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan keluarganya (Hapsari, 2001 dalam Suyadi, 2009). Wanita atau ibu dengan pendidikan rendah atau tidak berpendidikan biasanya memiliki lebih banyak anak daripada mereka yang berpendidikan tinggi. Mereka yang berpendidikan rendah pada umumnya sulit untuk memahami dampak negatif dari

mempunyai banyak anak (Baliwati, Khomsan, dan Dwiriani, 2004 dalam Hidayah 2010).

Rendahnya pengetahuan dan pendidikan orangtua khususnya ibu, merupakan faktor penyebab penting terjadinya KEP. Hal ini karena adanya kaitan antara peran ibu dalam mengurus rumah tangga khususnya anak-anaknya. Tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu sangat mempengaruhi tingkat kemampuan ibu dalam mengelola sumber daya keluarga, untuk mendapatkan kecukupan bahan makanan yang dibutuhkan serta sejauh mana sarana pelayanan kesehatan gigi dan sanitasi lingkungan yang tersedia, dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya untuk kesehatan keluarga (Depkes, 1997).

Selain itu rendahnya pendidikan ibu dapat menyebabkan rendahnya pemahaman ibu terhadap apa yang dibutuhkan demi perkembangan optimal anak. Masyarakat dengan tingkat pendidikan yang rendah akan lebih baik mempertahankan tradisi-tradisi yang berhubungan dengan makanan, sehingga sulit menerima informasi baru bidang gizi. Tingkat pendidikan ikut menentukan atau mempengaruhi mudah tidaknya seseorang

menerima suatu pengetahuan, semakin tinggi pendidikan maka seseorang akan lebih mudah menerima informasi- informasi gizi. Dengan pendidikan gizi tersebut diharapkan tercipta pola kebiasaan makan yang baik dan sehat, sehingga dapat mengetahui kandungan gizi, sanitasi dan pengetahuan yang terkait dengan pola makan lainnya (Soehardjo,1989).

Selain itu, tingkat pendidikan ibu banyak menentukan sikap dalam menghadapi berbagai masalah. Balita-balita dari ibu yang mempunyai latar pendidikan lebih tinggi akan mendapat kesempatan hidup serta tumbuh lebih baik dibandingkan dengan tingkat pendidikan ibu yang rendah. Keterbukaan mereka untuk menerima perubahan atau hal baru guna pemeliharaan kesehatan balita juga akan berbeda berdasarkan tingkat pendidikannya. Ibu yang memiliki pendidikan rendah berisiko 5,1 kali lebih besar memiliki balita *stunting* (Rahayu dan Khairiyati, 2014). Tingkat pendidikan merupakan pintu akses sejauh mana seorang ibu dapat menerima informasi yang diperoleh tentunya ada hubungannya dengan penambahan pengetahuan dari seorang ibu. Hasil penelitian

Rahayu *et al* telah menemukan bahwa tingkat pengetahuan seorang ibu berhubungan dengan kejadian stunting pada balita ( $p < 0,05$ ). Penelitian ini diselenggarakan di Kota Banjarbaru yang merupakan kota dengan julukan kota pendidikan bagi masyarakat Kalimantan Selatan (Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A.O, Rahman, F., dan Rosadi, D. 2016.).

Tingkat pendidikan ayah dan ibu merupakan determinan yang kuat terhadap kejadian *stunting* pada anak di Indonesia dan Bangladesh (Semba RD, 2008 dalam Rahayu, 2011). Pada anak yang berasal dari ibu dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki tinggi badan 0,5 cm lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang memiliki ibu dengan tingkat pendidikan rendah<sup>6</sup>. Berdasarkan penelitian Norliani *et al.*, tingkat pendidikan ayah dan ibu mempunyai risiko 2,1 dan 3,4 kali lebih besar memiliki anak yang *stunted* pada usia sekolah (Norliani, 2005 dalam Rahayu, 2011).

## **7. Pendidikan Ayah**

Tingkat pendidikan ayah yang tinggi akan meningkatkan status ekonomi rumah tangga, hal ini karena tingkat pendidikan ayah erat

kaitannya dengan perolehan lapangan kerja dan penghasilan yang lebih besar sehingga akan meningkatkan daya beli rumah tangga untuk mencukupi makanan bagi anggota keluarganya (Hidayat, 1980 dalam Suyadi 2009).

Tingkat pendidikan ayah dan ibu merupakan determinan yang kuat terhadap kejadian *stunting* pada anak di Indonesia dan Bangladesh (Semba RD, 2008 dalam Rahayu, 2011). Pada anak yang berasal dari ibu dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki tinggi badan 0,5 cm lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang memiliki ibu dengan tingkat pendidikan rendah<sup>6</sup>. Berdasarkan penelitian Norliani et al., tingkat pendidikan ayah dan ibu mempunyai risiko 2,1 dan 3,4 kali lebih besar memiliki anak yang *stunted* pada usia sekolah (Norliani, 2005 dalam Rahayu, 2011).

## **8. Pekerjaan Ibu**

Menurut Djaeni (2000), pekerjaan adalah mata pencaharian apa yang dijadikan pokok kehidupan, sesuatu yang dilakukan untuk mendapatkan nafkah. Lamanya seseorang bekerja sehari-hari pada umumnya 6-8 jam (sisa 16-18 jam) dipergunakan untuk

kehidupan dalam keluarga, masyarakat, istirahat, tidur, dan lain- lain. Dalam seminggu, seseorang biasanya dapat bekerja dengan baik selama 40-50 jam. Ini dapat dibuat 5-6 hari kerja dalam seminggu, sesuai dengan pasal 12 ayat 1 Undang-undang tenaga kerja No. 14 Tahun 1986. Bertambah luasnya lapangan kerja, semakin mendorong banyaknya kaum wanita yang bekerja terutama di sektor swasta. Di satu sisi hal ini berdampak positif bagi pertambahan pendapatan, namun di sisi lain berdampak negatif terhadap pembinaan dan pemeliharaan anak. (Mulyati, 1990 dalam Hermansyah, 2010). Pengaruh ibu yang bekerja terhadap hubungan antara ibu dan anaknya sebagian besar sangat bergantung pada usia anak dan waktu ibu kapan mulai bekerja. Ibu-ibu yang bekerja dari pagi hingga sore tidak memiliki waktu yang cukup bagi anak-anak dan keluarga (Hurlock, 1999 dalam Suyadi, 2009).

Dalam keluarga peran ibu sangatlah penting yaitu sebagai pengasuh anak dan pengatur konsumsi pangan anggota keluarga, juga berperan dalam usaha perbaikan gizi keluarga terutama untuk meningkatkan status

gizi bayi dan anak. Para ibu yang setelah melahirkan bayinya kemudian langsung bekerja dan harus meninggalkan bayinya dari pagi sampai sore akan membuat bayi tersebut tidak mendapatkan ASI. Sedangkan pemberian pengganti ASI maupun makanan tambahan tidak dilakukan dengan semestinya. Hal ini menyebabkan asupan gizi pada bayinya menjadi buruk dan bisa berdampak pada status gizi bayinya (Pudjiadi, 2000 dalam Suyadi, 2009).

## **9. Pekerjaan Ayah**

Menurut Djaeni (2000), pekerjaan adalah mata pencaharian apa yang dijadikan pokok kehidupan, sesuatu yang dilakukan untuk mendapatkan nafkah. Lamanya seseorang bekerja sehari-hari pada umumnya 6-8 jam (sisa 16-18 jam) digunakan untuk kehidupan dalam keluarga, masyarakat, istirahat, tidur, dan lain- lain. Dalam seminggu, seseorang biasanya dapat bekerja dengan baik selama 40-50 jam. Ini dapat dibuat 5-6 hari kerja dalam seminggu, sesuai dengan pasal 12 ayat 1 Undang-undang tenaga kerja No. 14 Tahun 1986.

Penelitian Hatril (2001) menunjukkan kecenderungan bahwa ayah yang bekerja dalam kategori swasta mempunyai pola konsumsi makanan keluarga yang lebih baik dibandingkan dengan ayah yang bekerja sebagai buruh. Hasil uji statistiknya pun menunjukkan hubungan yang bermakna antara keduanya. Begitu pula dengan penelitian Alibbirwin (2002) menemukan hubungan yang bermakna antara pekerjaan ayah dengan status gizi balita. dikatakan bahwa ayah yang bekerja sebagai buruh memiliki risiko lebih besar mempunyai balita kurang gizi dibandingkan dengan balita yang ayahnya bekerja wiraswasta. Proporsi ayah yang bekerja dalam kategori PNS/Swasta cenderung mempunyai status gizi baik dibandingkan ayah dengan pekerjaan lainnya (Sukmadewi, 2003 dalam Suyadi, 2009). Hal ini di dukung oleh penelitian Sihadi (1999) dalam Suyadi (2009) yang menyatakan bahwa ayah yang bekerja sebagai buruh memiliki balita dengan proporsi status gizi buruk terbesar yaitu sebesar 53%( Sihadi, 1999 dalam Suyadi, 2009).

## 10. Wilayah Tempat Tinggal

Definisi perkotaan adalah suatu tempat dengan 1) kepadatan penduduknya lebih dibandingkan dengan kondisi pada umumnya, 2) mata pencaharian utama penduduknya bukan merupakan aktifitas ekonomi primer/pertanian, dan 3) tempatnya merupakan pusat budaya, administrasi atau pusat kegiatan ekonomi wilayah sekitarnya (Daldjoeni, 2003 dalam Humyrah 2009 dan Ratih 2011). Menurut Komsiah (2007), wilayah pedesaan ditandai dengan sebagian besar penduduknya memiliki mata pencaharian di bidang pertanian.

Menurut Depkes (2008), tempat tinggal adalah lokasi rumah seseorang yang dibedakan menjadi perkotaan dan pedesaan. Untuk menentukan suatu kelurahan termasuk daerah perkotaan atau pedesaan, digunakan suatu indikator komposit (indikator gabungan) yang skor atau nilainya didasarkan pada variabel, yaitu: kepadatan penduduk, presentase rumah tangga pertanian dan akses fasilitas umum (BPS, 2007). Letak suatu tempat dapat berpengaruh terhadap perilaku konsumsi individu. Sebagai contoh, seorang

petani yang tinggal di desa dan dekat dengan areal pertanian akan lebih mudah dalam mendapatkan bahan makanan segar dan alami, seperti buah dan sayur. Namun, seseorang yang tinggal di daerah perkotaan akan lebih sedikit akses untuk mendapatkan bahan makanan segar tersebut karena di daerah perkotaan lebih banyak tersedia berbagai makanan cepat saji. Walaupun tidak menutup kemungkinan, terdapat penduduk perkotaan yang mengkonsumsi buah dan sayur (Suhardjo, 2006).

Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) merupakan provinsi yang memiliki prevalensi *stunting* paling tinggi untuk wilayah pedesaan pada tahun 1999-2002 yaitu mencapai 48.2%. Pada tahun 2000 dan 2001 untuk wilayah perkotaan, Makassar merupakan kota dengan prevalensi *stunting* tertinggi, masing masing mencapai 43,1% dan 42,6% (Atmarita, 2004).

## **11. Status Ekonomi Keluarga**

Besarnya pendapatan yang diperoleh atau diterima rumah tangga dapat menggambarkan kesejahteraan suatu masyarakat. Namun demikian, data pendapatan yang akurat sulit diperoleh,

sehingga dilakukan pendekatan melalui pengeluaran rumah tangga. Pengeluaran rumah tangga dapat dibedakan menurut pengeluaran makanan dan bukan makanan, dimana menggambarkan bagaimana penduduk mengalokasikan kebutuhan rumah tangganya. Pengeluaran untuk konsumsi makanan dan bukan makanan berkaitan erat dengan tingkat pendapatan masyarakat. Di Negara yang sedang berkembang, pemenuhan kebutuhan makanan masih menjadi prioritas utama, dikarenakan untuk memenuhi kebutuhan gizi.

Masalah gizi merupakan masalah yang multidimensional karena dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait. Faktor ekonomi (pendapatan) misalnya, akan terkait dengan kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan pangannya sehingga akan terkait pula dengan status gizi secara tidak langsung (Soehardjo, 1989). Setidaknya, keluarga dengan pendapatan yang minim akan kurang menjamin ketersediaan jumlah dan keanekaragaman makanan, karena dengan uang yang terbatas itu biasanya

keluarga tersebut tidak dapat mempunyai banyak pilihan (Apriadi, 1986).

Hartoyo *et al.* (2000) mengatakan bahwa keluarga terutama ibu dengan pendapatan rendah biasanya memiliki rasa percaya diri yang kurang dan memiliki akses terbatas untuk berpartisipasi pada pelayanan kesehatan dan gizi seperti posyandu, Bina Keluarga Balita dan Puskesmas. Oleh karena itu, mereka memiliki risiko yang lebih tinggi untuk memiliki anak yang kurang gizi. Akan tetapi, pada keluarga dengan ekonomi lebih tinggi, tingginya pendapatan tidak menjamin bahwa makanan yang dikonsumsi keluarga lebih baik dan beragam. Jumlah pengeluaran yang lebih banyak untuk makanan tidak menjamin bahwa kualitas makanan yang dikonsumsi lebih baik dan lebih beragam. Terkadang perbedaannya terletak pada harga makanan yang lebih mahal (Soehardjo, 1989).

Anak-anak yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi rendah mengkonsumsi makanan dalam jumlah yang lebih sedikit daripada anak-anak dari keluarga dengan status ekonomi lebih baik. Dengan demikian, mereka pun mengkonsumsi energi dan zat gizi

dalam jumlah yang lebih sedikit. Studi mengenai status gizi menunjukkan bahwa anak-anak dari keluarga yang kurang mampu memiliki berat badan dan tinggi badan yang lebih rendah dibandingkan anak-anak yang ekonominya baik. Dalam hasil studi, ditemukan bahwa perbedaan tinggi badan lebih besar daripada perbedaan berat badan. Studi juga menunjukkan bahwa anak-anak yang hidup di daerah yang mengalami kekurangan suplai makanan memiliki tinggi badan yang lebih rendah daripada mereka yang tinggal di daerah yang memiliki suplai makanan cukup (Pipes, 1985). Ayah yang bekerja akan mempengaruhi jumlah pendapatan keluarganya. Berdasarkan hasil penelitian Rahayu dan Putri di Kabupten Banjar telah menemukan bahwa 62,7% balita mengalami *stunting*, berhubungan pendapatan keluarga dengan OR 1,745 yang artinya balita yang berada pada keluarga dengan pendapatan keluarga rendah lebih berisiko 1,745 kali mengalami *stunting* dibanding yang berpendapatan tinggi (Rahayu, A dan Putri, A.O., 2016).

Pendapatan berhubungan dengan pekerjaan. Menurut teori, terdapat asosiasi antara pendapatan status gizi, apabila pendapatan meningkat maka bukan tidak mungkin kesehatan dan masalah keluarga yang berkaitan dengan gizi mengalami perbaikan (Suhardjo, 1989). Peningkatan pendapatan rumah tangga berhubungan dengan penurunan dramatis terhadap probabilitas *stunting* pada anak. Beberapa studi menunjukkan bahwa peningkatan pendapatan pada penduduk miskin adalah strategi untuk membatasi tingginya kejadian *stunting* dalam sosial-ekonomi rendah pada segmen populasi. Malnutrisi terutama *stunting* lebih dipengaruhi oleh dimensi sosial-ekonomi. Menurut penelitian Semba *et al* tahun 2008 di Indonesia dan Bangladesh menunjukkan bahwa anak dari keluarga dengan tingkat ekonomi rendah memiliki risiko *stunting* lebih tinggi dibandingkan anak dari keluarga sosial-ekonomi yang lebih tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa keadaan ekonomi keluarga mempengaruhi kejadian *stunting* pada anak (Paramitha A, 2012).

### C. Kesimpulan

Faktor yang mempengaruhi status gizi termasuk kejadian *stunting* pada individu dibagi mejadi dua faktor, yaitu faktor langsung dan tidak langsung. Faktor langsung meliputi faktor makanan dan penyakit infeksi, keduanya saling berpengaruh. Kemudian faktor tidak langsung meliputi sanitasi, ketersediaan air bersih, ketersediaan pangan, pola asuh, kualitas pelayanan kesehatan, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan keluarga dan akses informasi. Selain itu terdapat pula faktor lain seperti riwayat pemberian ASI, riwayat BBLR, genetik dan lainnya.

### D. Latihan Soal

1. Apakah genetik termasuk ke dalam faktor risiko kejadian *stunting*? jika ya, berikan penjelasan!
2. Berikan gambaran faktor risiko kejadian *stunting* di daerah anda
3. Penyakit infeksi apa saja yang dapat memengaruhi kejadian *stunting*?
4. Jelaskan mengapa pendidikan ibu dapat memengaruhi kejadian *stunting*?

5. Jelaskan bagaimana pola asuh yang baik untuk mencegah *stunting*?

## **BAB III**

### **DAMPAK STUNTING**

#### **Tujuan Instruksional Umum:**

Pada bab ini memberikan gambaran tentang dampak yang akan di timbulkan stunting jika tidak di tangani sejak dini.

#### **Tujuan Instruksional Khusus:**

1. Memberikan informasi mengenai permasalahan stunting.
2. Memberikan informasi mengenai dampak stunting.

#### **A. Pendahuluan**

Stunting (anak pendek) merupakan salah satu permasalahan gizi yang dihadapi dunia, khususnya di negara-negara miskin dan berkembang stunting menjadi permasalahan kesehatan karena berhubungan dengan resiko terjadinya kesakitan dan kematian, perkembangan otak, sehingga perkembangan motorik terlambat dan terhambatnya pertumbuhan mental. Hal ini menjadi ancaman serius terhadap keberadaan anak-anak sebagai generasi

penerus bangsa. Akar masalah stunting adalah dimulai sejak anak masih dalam bentuk janin didalam kandungan. Status gizi ibu hamil menentukan proses pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan sehingga bayi lahir dengan lahir dengan berat badan dan panjang badan rendah dan pendek atau normal (UNICEF, 2013).

Stunting adalah salah satu masalah gizi yang berdampak buruk terhadap kualitas hidup anak dalam mencapai titik tumbuh kembang yang optimal sesuai genetiknya. Stunting dapat menghambat proses tumbuh kembang pada balita. Childhood stunting atau tubuh pendek pada masa anak-anak merupakan akibat kekurangan gizi kronis atau kegagalan pertumbuhan dimasa lalu dan digunakan sebagai indikator jangka panjang untuk gizi kurang pada anak (Kemenkes, 2019).

## **B. Dampak *Stunting***

Permasalahan *stunting* pada usia dini terutama pada periode 1000 HPK, akan berdampak pada kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). *Stunting* menyebabkan organ tubuh tidak tumbuh dan berkembang secara optimal. Balita *stunting* berkontribusi terhadap 1,5 juta (15%) kematian anak balita di dunia dan menyebabkan 55 juta Disability-Adjusted Life Years (DALYs) yaitu hilangnya masa hidup sehat setiap tahun (Bhutta, *et al.* 2013).

Permasalahan *stunting* terutama yang terjadi pada masa balita dianggap serius dikarenakan kondisi *stunting* pada masa balita dapat berdampak pada keterlambatan perkembangan motorik dan menurunnya tingkat kecerdasan. Dampak lain yang timbul yaitu (Eltaguri et al, 2008):

1. Menyebabkan depresi fungsi imunitas,
2. Perubahan metabolik,
3. Penurunan perkembangan motorik,
4. Menurunnya nilai kognitif dan
5. Nilai akademik.

Anak yang mengalami stunting akan timbul dampak dalam jangka waktu yang panjang yaitu akan menimbulkan berbagai macam penyakit degeneratif. Penyakit yang dapat timbul akibat dari stunting diantaranya adalah beresiko obesitas, glucose tolerance, penyakit jantung koroner, hipertensi, osteoporosis, sampai pada penurunan performa dan produktifitas individu (Eltaguri et al, 2008).

Dampak jangka pendek dan jangka panjang dari *stunting* yang dialami oleh balita adalah sebagai berikut (Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi. 2017):

1. Jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh
2. Dampak jangka panjang dari akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan

pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua

Laporan UNICEF tahun 2010, beberapa fakta terkait stunting dan pengaruhnya adalah sebagai berikut (UNICEF. 2010):

1. Anak yang mengalami stunting lebih awal sebelum usia enam bulan, akan mengalami stunting lebih berat menjelang usia dua tahun. Stunting yang parah pada anak, akan terjadi defisit jangka panjang dalam perkembangan fisik dan mental sehingga tidak mampu untuk belajar secara optimal di sekolah dibandingkan anak dengan tinggi badan normal. Anak dengan stunting cenderung lebih lama masuk sekolah dan lebih sering absen dari sekolah dibandingkan anak dengan status gizi baik. Hal ini memberikan konsekuensi terhadap kesuksesan dalam kehidupannya dimasa yang akan datang. Stunting akan sangat mempengaruhi kesehatan dan perkembangan anak. Faktor dasar yang menyebabkan stunting dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan intelektual. Penyebab dari stunting adalah bayi berat lahir rendah, ASI yang tidak

memadai, makanan tambahan yang tidak sesuai, diare berulang, dan infeksi pernapasan. Berdasarkan penelitian sebagian besar anak dengan stunting mengkonsumsi makanan yang berbeda di bawah ketentuan rekomendasi kadar gizi, berasal dari keluarga banyak, bertempat tinggal di wilayah pinggiran kota dan komunitas pedesaan.

2. Pengaruh gizi pada usia dini yang mengalami stunting dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan kognitif yang kurang. stunting pada usia lima tahun cenderung menetap sepanjang hidup, kegagalan pertumbuhan usia dini berlanjut pada masa remaja dan kemudian tumbuh menjadi wanita dewasa yang stunting dan mempengaruhi secara langsung pada kesehatan dan produktivitas, sehingga meningkatkan peluang melahirkan BBLR.
3. Stunting terutama berbahaya pada perempuan, karena lebih cenderung menghambat dalam proses pertumbuhan dan berisiko lebih besar meninggal saat melahirkan. Akibat lainnya kekurangan gizi / stunting terhadap perkembangan sangat

merugikan performance anak. Jika kondisi buruk terjadi pada masa golden period perkembangan otak (0-2 tahun) maka tidak dapat berkembang dan kondisi ini sulit untuk dapat pulih kembali. Hal ini disebabkan karena 80-90% jumlah sel otak terbentuk semenjak masa dalam kandungan sampai usia 2 (dua) tahun. Apabila gangguan tersebut terus berlangsung maka akan terjadi penurunan skor tes IQ sebesar 10-13 point. Penurunan perkembangan kognitif, gangguan pemusatan perhatian dan menghambat prestasi belajar serta produktifitas menurun sebesar 20-30%, yang akan mengakibatkan terjadinya loss generation, artinya anak tersebut hidup tetapi tidak bisa berbuat banyak baik dalam bidang pendidikan, ekonomi dan lainnya. Generasi demikian hanya akan menjadi beban masyarakat dan pemerintah, karena terbukti keluarga dan pemerintah harus mengeluarkan biaya kesehatan yang tinggi akibat warganya mudah sakit (Supariasa, 2011).

### **C. Kesimpulan**

Anak yang mengalami stunting lebih awal sebelum usia enam bulan, akan mengalami stunting lebih berat menjelang usia dua tahun. Stunting yang parah pada anak, akan terjadi defisit jangka panjang dalam perkembangan fisik dan mental sehingga tidak mampu untuk belajar secara optimal di sekolah dibandingkan anak dengan tinggi badan normal. Selanjutnya Pengaruh gizi pada usia dini yang mengalami stunting dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan kognitif yang kurang.

Stunting pada usia lima tahun cenderung menetap sepanjang hidup, kegagalan pertumbuhan usia dini berlanjut pada masa remaja dan kemudian tumbuh menjadi wanita dewasa yang stunting dan mempengaruhi secara langsung pada kesehatan dan produktivitas, sehingga meningkatkan peluang melahirkan BBLR. Stunting terutama berbahaya pada perempuan, karena lebih cenderung menghambat dalam proses pertumbuhan dan berisiko lebih besar meninggal saat melahirkan.

#### **D. Contoh Soal**

1. Apakah dampak jangka panjang dan jangka pendek kejadian *stunting*?
2. Mengapa *stunting* lebih berbahaya bagi perempuan?
3. Apa saja penyakit degeneratif yang bisa timbul akibat *stunting*?
4. Apa yang dimaksud dengan dampak *stunting* terhadap perkembangan kognitif?
5. Dampak apa yang bisa terjadi jika anak mengalami *stunting* sebelum usia 6 bulan?

## **BAB IV**

### **PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN STUNTING**

#### **TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM:**

Bab ini memberikan gambaran tentang program pencegahan dan penanggulangan stunting.

#### **TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS:**

1. Memberikan informasi mengenai program pencegahan stunting.
2. Memberikan informasi terkait dengan program penanggulangan stunting.

#### **A. PENDAHULUAN**

Stunting adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *catch up growth* yang tidak memadai yang mencerminkan ketidakmampuan untuk mencapai pertumbuhan optimal, hal tersebut mengungkapkan bahwa kelompok balita yang lahir dengan berat badan normal dapat

mengalami stunting bila pemenuhan kebutuhan selanjutnya tidak terpenuhi dengan baik (Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, 2017; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Komitmen yang telah dibangun pemerintah perlu di evaluasi dan salah satu instrumen yang menilai komitmen pemerintah terhadap masalah stunting dapat dilihat dengan *The Hungger and Nutrition Commitment Index* (HANCI). HANCI sendiri terdiri dari 2 sub Index yaitu *Hunger Reduction Commitment Index* (HRCI) dan *Nutrition Commitment Index* (NCI). HRCI lebih melihat kepada komitmen pemerintah dalam mengurangi kelaparan, sedangkan NCI lebih melihat kepada komitmen pemerintah dalam mengatasi masalah kekurangan gizi. Stunting merupakan salah satu masalah kekurangan gizi. NCI terdiri dari 12 indikator diantaranya yaitu anggaran gizi, cakupan vitamin A, promosi MP-ASI, akses air bersih, akses sanitasi, kunjungan ibu hamil, fitur gizi dalam kebijakan pembangunan nasional, rencana gizi nasional, kerja sama multisektor, target

program gizi, survei gizi nasional, dan aspek hukum (Syafrina, 2019).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (2018), prevalensi stunting terbukti mencapai 30,8% di Indonesia. Upaya mengurangi stunting mungkin sedang dirintis melalui Program Sanitasi Total Platform Masyarakat (STBM). Tujuan Keputusan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor RI. 03 Tahun 2014 tentang STBM yaitu meningkatkan kebersihan dan kualitas hidup masyarakat. Indonesia. STBM menggambarkan pendekatan perubahan sikap terhadap sanitasi dan higiene melalui pemberdayaan masyarakat melalui

Pengaktifan. STBM bermaksud menciptakan sikap hidup bersih dan segar secara mandiri guna memaksimalkan kesehatan warga. STBM menggambarkan pendekatan yang memungkinkan untuk melibatkan warga dalam acara "Sikap Hidup Bersih dan Segar", yang ternyata berdampak langsung pada peningkatan kesehatan warga. Salah satu pendorong penting penerapan STBM di masyarakat adalah puskesmas. STBM bertujuan untuk membentuk diri sendiri

perilaku higiene dan sanitasi warga dengan cara yang memaksimalkan kesehatan masyarakat (Rahmuniyati dan Sahayati 2021) dalam (Sari et al., 2022).

Selain itu program enangann *stunting* dilakukan melalui Intervensi Spesifik dan Intervensi Sensitif pada sasaran 1.000 hari pertama kehidupan seorang anak sampai berusia 6 tahun. Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 menyatakan bahwa Gerakan 1000 HPK terdiri dari intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi spesifik, adalah tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK. Sedangkan intervensi sensitif adalah berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk 1000 HPK. Salah satu sasaran untuk intervensi gizi sensitif adalah remaja. Remaja merupakan kelompok yang perlu mendapat perhatian serius mengingat masa remaja adalah masa transisi dari anak-anak ke dewasa dan belum mencapai tahap kematangan fisiologis dan psikososial. Menurut Heriana yang dikutip oleh Rosa

(2012) remaja mempunyai sifat yang selalu ingin tahu dan mempunyai kecenderungan untuk mencoba hal-hal baru. Sehingga, apabila tidak dipersiapkan dengan baik remaja sangat beresiko terhadap kehidupan seksual pranikah. Di berbagai daerah kira-kira separuh dari remaja telah menikah (Anas, 2013).

## **B. Program Pencegahan dan Penanggulangan *Stunting***

### **1. Intervensi Gizi Spesifik**

Intervensi gizi spesifik merupakan intervensi yang ditujukan kepada anak dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan berkontribusi pada 30% penurunan *stunting*. Kerangka kegiatan intervensi gizi spesifik umumnya dilakukan pada sektor kesehatan.

Intervensi dengan sasaran Ibu Hamil yaitu:

- a. Memberikan makanan tambahan pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis.
- b. Mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat
- c. Mengatasi kekurangan iodium
- d. Menanggulangi kecacingan pada ibu hamil

- e. Melindungi ibu hamil dari Malaria.

Intervensi dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-6 Bulan yaitu:

- a. Mendorong inisiasi menyusui dini (pemberian ASI jolong/colostrum)
- b. Mendorong pemberian ASI Eksklusif.

Intervensi dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 7-23 bulan yaitu:

- a. Mendorong penerusan pemberian ASI hingga usia 23 bulan didampingi oleh pemberian MP-ASI
- b. Menyediakan obat cacing
- c. Menyediakan suplementasi zink
- d. Melakukan fortifikasi zat besi ke dalam makanan
- e. Memberikan perlindungan terhadap malaria
- f. Memberikan imunisasi lengkap
- g. Melakukan pencegahan dan pengobatan diare.

## **2. Intervensi Gizi Sensitif**

Idealnya dilakukan melalui berbagai kegiatan pembangunan diluar sector kesehatan dan berkontribusi pada 70%

Intervensi *Stunting*. Sasaran dari intervensi gizi spesifik adalah masyarakat secara umum dan tidak khusus ibu hamil dan balita pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Intervensi gizi sensitif yang dilaksanakan antara lain sebagai berikut:

- a. Menyediakan dan Memastikan Akses pada Air Bersih
- b. Menyediakan dan Memastikan Akses pada Sanitasi
- c. Melakukan Fortifikasi Bahan Pangan
- d. Menyediakan Akses kepada Layanan Kesehatan dan Keluarga Berencana (KB)
- e. Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- f. Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal).
- g. Memberikan Pendidikan Pengasuhan pada Orang tua
- h. Memberikan Pendidikan Anak Usia Dini Universal
- i. Memberikan Pendidikan Gizi Masyarakat.
- j. Memberikan Edukasi Kesehatan Seksual dan Reproduksi, serta Gizi pada Remaja.
- k. Menyediakan Bantuan dan Jaminan Sosial bagi Keluarga Miskin.

## I. Meningkatkan Ketahanan Pangan dan Gizi.

Usia 0–2 tahun atau usia bawah tiga tahun (batita) merupakan periode emas (*golden age*) untuk pertumbuhan dan perkembangan anak, karena pada masa tersebut terjadi pertumbuhan yang sangat pesat. Periode 1000 hari pertama sering disebut *window of opportunities* atau periode emas ini didasarkan pada kenyataan bahwa pada masa janin sampai anak usia dua tahun terjadi proses tumbuh-kembang yang sangat cepat dan tidak terjadi pada kelompok usia lain. Gagal tumbuh pada periode ini akan mempengaruhi status gizi dan kesehatan pada usia dewasa. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya-upaya pencegahan masalah *stunting* ini mengingat tingginya prevalensi *stunting* di Indonesia. Pemerintah telah menetapkan kebijakan pencegahan *stunting*, melalui Keputusan Presiden Nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Peningkatan Percepatan Gizi dengan fokus pada kelompok usia pertama 1000 hari kehidupan, yaitu sebagai berikut (Kemenkes RI, 2013).

1. Ibu hamil mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama kehamilan
2. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) ibu hamil
3. Pemenuhan gizi
4. Persalinan dengan dokter atau bidan yang ahli
5. Pemberian Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
6. Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif pada bayi hingga usia 6 bulan
7. Memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) untuk bayi diatas 6 bulan hingga 2 tahun
8. Pemberian imunisasi dasar lengkap dan vitamin A
9. Pemantauan pertumbuhan balita di posyandu terdekat
10. Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Selain itu, pemerintah menyelenggarakan pula PKGBM yaitu Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat untuk mencegah *stunting*. PKGBM adalah program yang komprehensif dan berkelanjutan untuk mencegah *stunting* di area tertentu. Dengan tujuan program sebagai berikut:

- a. Mengurangi dan mencegah berat badan lahir rendah, kurang gizi, dan *stunting* pada anak – anak
- b. Meningkatkan pendapatan rumah tangga/keluarga dengan penghematan biaya, pertumbuhan produktifitas dan pendapatan lebih tinggi

KEGIATAN	TUJUAN	RINCIAN KEGIATAN
<p><b>1</b></p> <p>Penguatan pemberdayaan masyarakat</p>	<p>Meningkatkan kapasitas masyarakat Untuk mendapatkan kemudahan Pelayanan kesehatan dan pendidikan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantuan teknis oleh fasilitator</li> <li>2. Perencanaan partisipatif</li> <li>3. Pelaksanaan BLM</li> </ol>
<p><b>2</b></p> <p>Penguatan kapasitas pelayanan kesehatan</p>	<p>Meningkatkan kapasitas pelayanan kesehatan melalui peningkatan kapasitas petugas dan kader dan pengenalan intervensi gizi “cost effective”</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelatihan petugas dan kader tentang PMBA dan pemantauan pertumbuhan dan anak 6-23 bulan</li> <li>2. Penyediaan gizi mikro untuk ibu hamil dan anak 6-23 bulan</li> <li>3. Pemisahan sanitasi dan higien</li> <li>4. Pengembangan kemitraan pemerintah-swasta</li> <li>5. Penyediaan antrio kit</li> </ol>
<p><b>3</b></p> <p>Kampanye perubahan perilaku dan money</p>	<p>Meningkatkan kesadaran, Pengetahuan dan komitmen masyarakat dan pemangku kepentingan tentang pencegahan <i>stunting</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kampanye perubahan perilaku</li> <li>2. Monitoring dan evaluasi</li> </ol>

Gambar 4.1 Rincian Alur PKBGM

Ibu dan bayi memerlukan gizi yang cukup dan berkualitas untuk menjamin status gizi dan status kesehatan; kemampuan motorik, sosial, dan kognitif; kemampuan belajar dan produktivitasnya pada masa yang akan datang. Anak yang mengalami kekurangan gizi pada masa 1000 HPK akan mengalami masalah neurologis, penurunan kemampuan belajar, peningkatan risiko drop out dari sekolah, penurunan produktivitas dan kemampuan bekerja, penurunan pendapatan, penurunan kemampuan menyediakan makanan yang bergizi dan penurunan kemampuan mengasuh anak. Selanjutnya akan menghasilkan penularan kurang gizi dan kemiskinan pada generasi selanjutnya (USAID, 2014). Mempertimbangkan pentingnya gizi bagi 1000 HPK, maka intervensi gizi pada 1000 HPK merupakan prioritas utama untuk meningkatkan kualitas kehidupan generasi yang akan datang (BAPPENAS, 2012).

### C. Kesimpulan

Komitmen yang telah dibangun pemerintah perlu di evaluasi dan salah satu instrumen yang menilai komitmen pemerintah terhadap masalah stunting dapat dilihat dengan *The Hunger and Nutrition Commitment Index* (HANCI). HANCI sendiri terdiri dari 2 sub Index yaitu *Hunger Reduction Commitment Index* (HRCI) dan *Nutrition Commitment Index* (NCI). HRCI lebih melihat kepada komitmen pemerintah dalam mengurangi kelaparan, sedangkan NCI lebih melihat kepada komitmen pemerintah dalam mengatasi masalah kekurangan gizi. Stunting merupakan salah satu masalah kekurangan gizi. NCI terdiri dari 12 indikator diantaranya yaitu anggaran gizi, cakupan vitamin A, promosi MP-ASI, akses air bersih, akses sanitasi, kunjungan ibu hamil, fitur gizi dalam kebijakan pembangunan nasional, rencana gizi nasional, kerja sama multisektor, target program gizi, survei gizi nasional, dan aspek hukum (Syafriana, 2019). Selain itu program penanganan *stunting* dilakukan melalui Intervensi Spesifik dan Intervensi Sensitif pada

sasaran 1.000 hari pertama kehidupan seorang anak sampai berusia 6 tahun

#### **D. Latihan Soal**

1. Sebutkan apa saja indikator NCI dalam program penanganan *stunting* !
2. Apa saja yang termasuk dalam program intervensi *sensitif*?
3. Apa saja yang termasuk dalam program intervensi *spesifik*
4. Jelaskan mengenai Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat untuk mencegah *stunting* !
5. Apabila anda seorang pemegang program, Program Inovasi apa yang dapat anda canangkan?

## **BAB V**

# **KEBIJAKAN KONVERGENSI STUNTING DI INDONESIA DAN PROVINSI KALIMANTAN SELATAN**

### **Tujuan Instruksional Umum:**

Bab ini memberikan gambaran mengenai kebijakan konvergensi stunting di Indonesia dan di Provinsi Kalimantan Selatan.

### **Tujuan Instruksional Khusus:**

1. Memberikan informasi mengenai definisi konvergensi
2. Memberikan informasi mengenai kebijakan konvergensi stunting di Indonesia
3. Memberikan informasi mengenai kebijakan konvergensi stunting di Provinsi Kalimantan Selatan

### **A. Pendahuluan**

Stunting atau sering disebut kerdil atau pendek adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak

berusia 23 bulan. Mengingat tingginya angka stunting saat ini, pemerintah menempuh berbagai kebijakan agar dapat berkontribusi pada penurunan prevalensi stunting. Pencegahan stunting dilakukan melalui intervensi gizi yang terpadu, mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Pengalaman global menunjukkan bahwa penyelenggaraan intervensi yang terpadu untuk menysasar kelompok prioritas di lokasi prioritas merupakan kunci keberhasilan perbaikan gizi, tumbuh kembang anak, dan pencegahan stunting (TNP2K, 2018). Oleh karena itu, pemerintah mencanangkan Program Konvergensi Percepatan Penurunan Stunting secara nasional (Aminah dan Riduan, 2022).

Konvergensi merupakan sebuah pendekatan intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terpadu, dan bersama-sama pada target sasaran wilayah geografis dan rumah tangga prioritas dalam upaya percepatan penurunan stunting. Penyelenggaraan intervensi secara konvergen dilakukan dengan menghubungkan berbagai sumber daya untuk mencapai tujuan bersama. Percepatan

penurunan stunting penting dilakukan sedini mungkin, upaya tersebut dilakukan dalam dua intervensi, baik intervensi spesifik yaitu kegiatan yang dilaksanakan untuk mengatasi penyebab langsung terjadinya stunting maupun intervensi sensitif yakni kegiatan yang dilaksanakan untuk mengatasi penyebab tidak langsung terjadinya stunting (TNP2K, 2018).

## **B. Kebijakan Konvergensi Stunting di Indonesia**

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Upaya Percepatan Penurunan Stunting Pasal 1 ayat (4) menyatakan percepatan penurunan stunting adalah setiap upaya yang mencakup intervensi gizi Spesifik dan Intervensi Gizi Sensitif yang dilaksanakan secara konvergen, holistik, integratif, dan berkualitas melalui kerjasama multi sektor di Pusat, Daerah dan di Desa (Perpres, 2021).

Upaya percepatan pencegahan stunting akan lebih efektif apabila intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif dilakukan secara konvergen. Konvergensi penyampaian layanan membutuhkan keterpaduan proses perencanaan, penganggaran, dan

pemantauan program/kegiatan pemerintah secara lintas sektor untuk memastikan tersedianya setiap layanan intervensi gizi spesifik kepada keluarga sasaran prioritas dan intervensi gizi sensitif untuk semua kelompok masyarakat, terutama masyarakat miskin. Dengan kata lain, konvergensi didefinisikan sebagai sebuah pendekatan intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terpadu, dan bersama-sama pada target sasaran wilayah geografis dan rumah tangga prioritas untuk mencegah stunting. Penyelenggaraan intervensi secara konvergen dilakukan dengan menggabungkan atau mengintegrasikan berbagai sumber daya untuk mencapai tujuan bersama.

Pemerintah telah menetapkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak *Stunting* yang bertujuan untuk mempercepat penurunan *Stunting* dalam kerangka kebijakan dan institusi yang ada. Terdapat 5 (lima) pilar dalam strategi nasional tersebut, yaitu (Perpres, 2021):

- a. Komitmen dan visi kepemimpinan;
- b. Kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku;

- c. Konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi program pusat, daerah, dan desa;
- d. Gizi dan ketahanan pangan; dan
- e. Pemantauan dan evaluasi.

Upaya konvergensi percepatan pencegahan stunting dilaksanakan mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, hingga pemantauan dan evaluasi program/kegiatan. Pada tahap perencanaan, konvergensi diarahkan pada upaya penajaman proses perencanaan dan penganggaran regular yang berbasis data dan informasi faktual agar program dan kegiatan yang disusun lebih tepat sasaran melalui: (i) pelaksanaan analisis situasi awal; (ii) pelaksanaan rembuk stunting; dan (iii) penyusunan rencana kerja. Analisis situasi awal dan rembuk stunting dilakukan untuk mengetahui kondisi stunting di wilayah kabupaten/kota, penyebab utama, dan identifikasi program/kegiatan yang selama ini sudah dilakukan. Dari analisis ini diharapkan dapat menentukan program/kegiatan, kelompok sasaran, sumber pendanaan<sup>2</sup> dan lokasi upaya percepatan pencegahan stunting di daerah, yang kemudian diterjemahkan

dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), Rencana Kerja Organisasi Perangkat daerah (OPD) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

Pada tahap pelaksanaan, konvergensi diarahkan pada upaya untuk melaksanakan intervensi gizi spesifik dan sensitif secara bersama dan terpadu di lokasi yang telah disepakati bersama, termasuk didalamnya mendorong penggunaan dana desa untuk percepatan pencegahan stunting dan mobilisasi Kader Pembangunan Manusia (KPM). Sedangkan pada tahap pemantauan dan evaluasi, konvergensi dilakukan melalui pelaksanaan pemantauan yang dilakukan bersama dengan menggunakan mekanisme dan indikator yang terkoordinasikan dengan baik secara berkelanjutan. Sehingga hasil pemantauan dan evaluasi dapat dijadikan acuan bagi semua pihak yang terkait untuk mengetahui perkembangan pelaksanaan upaya percepatan pencegahan stunting dan memberikan masukan bagi tahap perencanaan dan penganggaran selanjutnya.

Strategi ini diselenggarakan di semua tingkatan pemerintah dengan melibatkan berbagai institusi pemerintah yang terkait maupun pihak non pemerintah seperti swasta, masyarakat, dan komunitas. Pilar ke-3 yaitu konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi program pusat, daerah, dan desa serta peran para pihak yang bertujuan untuk memperkuat konvergensi melalui koordinasi dan konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah, dan desa serta para pihak (TNP2K, 2018).

Pelaksanaan aksi konvergensi penurunan *Stunting* dilakukan melalui pelaksanaan 8 (delapan) aksi konvergensi yakni (TNP2K, 2018):

1. Analisis situasi

Mengidentifikasi sebaran prevalensi stunting, ketersediaan program, dan praktek manajemen layanan di kab/kota.

2. Rencana kegiatan

Tindak lanjut kab/kota untuk merealisasikan hasil rekomendasi dari tahap analisis situasi.

### 3. Rembuk Stunting

Pertemuan lintas OPD dan masyarakat untuk memastikan terjadinya konvergensi program/ kegiatan dan pembiayaan.

### 4. Perwali/Perbup tentang Peran Desa/Kelurahan

Memberikan kepastian hukum yang digunakan sebagai rujukan oleh Desa untuk merencanakan, menganggarkan dan melaksanakan program/kegiatan.

### 5. Pembinaan Kader Pembangunan Manusia

Membina kader pembangunan yang berasal dari kader posyandu, guru PAUD, dan kader lainnya di tingkat desa.

### 6. Sistem Manajemen Data

Pengelolaan data di tingkat kabupaten/kota hingga desa yang akan digunakan untuk mendukung pelaksanaan intervensi gizi spesifik dan sensitif.

### 7. Pengukuran dan Publikasi Data Stunting

Mengukur dan mempublikasikan angka prevalensi stunting tingkat desa hingga kabupaten/kota.

### 8. Reviu Kinerja Tahunan

Penilaian Pemerintah Kab/Kota terkait pencegahan stunting selama 1 tahun terakhir.

Delapan aksi konvergensi tersebut merupakan pendekatan intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terpadu, dan bersama-sama. Upaya ini harus melibatkan lintas sektor dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kegiatan. Pemerintah daerah bertanggungjawab dalam memastikan intervensi lintas sektor untuk pencegahan stunting dapat dilaksanakan secara efektif di tingkat provinsi, kabupaten/kota sampai dengan tingkat desa. Pelaksanaan aksi konvergensi dilakukan melalui intervensi gizi spesifik (kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya stunting seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan) dan sensitif (upaya-upaya untuk mencegah dan mengurangi masalah gizi secara tidak langsung, yang pada umumnya dilakukan oleh sektor non kesehatan) dengan sasaran rumah tangga 1.000 HPK (ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan). yang dapat mengakses layanan indikator penurunan stunting secara lengkap (konvergen) di lokus stunting dengan menyelaraskan berbagai sumberdaya yang dimiliki.

Upaya konvergensi percepatan pencegahan stunting dilaksanakan mengikuti siklus perencanaan dan penganggaran pembangunan di daerah untuk memastikan (TNP2K, 2018):

- a. Perencanaan kegiatan pencegahan stunting dilakukan dengan berbasis data.
- b. Intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif dialokasikan dalam dokumen perencanaan dan penganggaran.
- c. Pemantauan secara terpadu dan melakukan penyesuaian pelaksanaan program/kegiatan berdasarkan temuan di lapangan untuk meningkatkan kualitas dan cakupan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif.
- d. Sistem manajemen data yang baik untuk mengukur hasil-hasil pelaksanaan program/kegiatan.
- e. Hasil evaluasi kinerja digunakan sebagai dasar perencanaan dan penganggaran tahun berikutnya.

### **C. Kebijakan Konvergensi Stunting di Provinsi Kalimantan Selatan**

Kebijakan Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan dalam mengurangi angka prevalensi stunting adalah dengan membentuk Tim Konvergensi Percepatan Pencegahan Stunting (KP2S) di Provinsi Kalimantan Selatan. Tim tersebut beranggotakan Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa (PMD), Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (P3A), Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan dan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Provinsi Kalimantan Selatan (Dirjen Perbendaharaan Kalsel, 2019).

Kegiatan yang telah dilaksanakan oleh tim KP2S Provinsi Kalimantan Selatan antara lain (1) Deklarasi Ibu Hamil bersama 2053 Ibu Hamil se-Kalimantan Selatan; (2) Taman Edukasi Banua (3) Pekan ASI Sedunia; (4) Edukasi Sajian “Isi Piringku”; (5) Kampanye Cegah Stunting; (6) Seminar Sadar Stunting; (7) Komitmen KP2S Rekrutmen Ahli Gizi; dan (8) Penyuluhan Cegah Nikah Usia Anak (Dirjen Perbendaharaan Kalsel, 2019).

Selain itu, Pemerintah juga menyelenggarakan beberapa program sebagai berikut (Dirjen Perbendaharaan Kalsel, 2019):

### **1. Penguatan Peran dan Fungsi Kelembagaan Pokjanal Posyandu (Fokus 1000 HPK)**

Kegiatan tersebut merupakan sinergi Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Bappeda Provinsi Kalimantan Selatan untuk meningkatkan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) melalui Revitalisasi Posyandu. Kegiatan penguatan peran dan fungsi Posyandu terdiri dari pembinaan teknis terpadu penyelenggaraan Posyandu, orientasi kader Posyandu penurunan Stunting, peningkatan pengembangan sarana dan prasarana pemantauan pertumbuhan Balita di Posyandu dan Pendidikan Anak Usia Dini, stimulan pemberian makanan tambahan, percepatan penganekaragaman konsumsi pangan, dan peningkatan Bina Keluarga Balita (BKB).

### **2. Kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)**

Berdasarkan instruksi Presiden Nomor 1 tahun 2017, GERMAS adalah suatu tindakan

yang sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku hidup sehat untuk meningkatkan kualitas hidup.

Kebijakan dan sinergi konvergensi stunting di Kalimantan Selatan telah berjalan dengan baik. Hal ini terbukti dari penurunan prevalensi stunting di Kalsel yang cukup signifikan dari 44,24 persen di tahun 2013 menjadi 33,8% pada tahun 2018. Meski demikian masih terdapat beberapa masalah antara lain petunjuk teknis DAK Fisik dari K/L terlambat, faktor budaya masyarakat di bidang sanitasi yang masih buruk serta kualitas air minum yang belum memenuhi standar (Dirjen Perbendaharaan Kalsel, 2019).

#### **D. Kesimpulan**

Segala tata cara pelaksanaan kebijakan konvergensi stunting telah diuraikan pada “Panduan Konvergensi Program/Kegiatan Percepatan Pencegahan Stunting”. Pencegahan stunting dilakukan melalui intervensi gizi yang terpadu, mencakup

intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik.

Upaya konvergensi percepatan pencegahan stunting dilaksanakan mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, hingga pemantauan dan evaluasi program/kegiatan. Pada tahap perencanaan, konvergensi diarahkan pada upaya penajaman proses perencanaan dan penganggaran regular yang berbasis data dan informasi faktual agar program dan kegiatan yang disusun lebih tepat sasaran

### **E. Latihan Soal**

1. Apakah yang dimaksud dengan Konvergensi?
2. Jelaskan bagaimana upaya konvergensi stunting di Indonesia?
3. Apakah yang dimaksud dengan Rembuk Stunting?
4. Jelaskan mengapa upaya konvergensi percepatan pencegahan stunting dilaksanakan harus mengikuti siklus perencanaan dan penganggaran pembangunan di daerah?

5. Apa saja kegiatan yang telah dilaksanakan oleh pemerintah dalam upaya Konvergensi Stunting di Provinsi Kalimantan Selatan?

## REFERENSI

- Academy of Nutrition and Dietetics. International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual 4th ed. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics; 2013. 56.
- Almatsier S. 2001. Prinsip dasar ilmu gizi. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- Aminah, A., dan Riduan, A. 2022. Efektivitas program konvergensi percepatan penurunan stunting (KP2S) di Kecamatan Haur Gading Kabupaten Hulu Sungai Utara. JISOS: Jurnal Ilmu Sosial, 1(8), 865-874.
- Aryastami, N.K. 2015. Pertumbuhan usia dini menentukan pertumbuhan usia pra-pubertas (studi longitudinal IFLS 1993-1997-2000) [Longitudinal study, secondary data analisis]. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Aryastmai N.K, Tarigan I. 2017. Kajian kebijakan dan penanggulangan masalah gizi stunting di Indonesia. Buletin Penelitian Kesehatan; 45(4):233-240

Azqinar TC. 2019. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Dan Pendapatan Keluarga Terhadap Kejadian Stunting Pada Balita Usia 24-59 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan. 4(1);75–84.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan . 2013. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

BAPPENAS RI. Pedoman Perencanaan Program Gerakan Sadar Gizi dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK); 2012. 1-8.

Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? Lancet. 2013;382:452–77.

Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, dkk. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet. 2008;371:243-60.

Bloem MW, de Pee S, Hop LT, Khan NC,

Laillou A, Minarto, et al. Key strategies to further reduce stunting in Southeast Asia: Lessons from the ASEAN countries workshop. *Food Nutr Bull.* 2013; 34(2 Supl.): S8-S16.

Branca F, Ferrari M. Impact of micronutrient deficiencies on growth: The stunting syndrome. *Ann Nutr Metab.* 2002; 46(suppl 1): 8-17.

Dekkar, L.H., Plazas, M.M., Bylin, C.M.A & Villamor, E. 2010. Stunting associated with poor socioeconomic and maternal nutrition status and respiratory morbidity in Colombian schoolchildren. *Food and Nutrition Bulletin.* 31: 2

Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI.2014. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat.* Jakarta: Rajawali Pers

Destarina R. Faktor risiko anemia ibu hamil terhadap panjang badan lahir pendek di Puskesmas Sentolo 1 Kulon Progo DI Yogyakarta. *Gizi Indonesia* 2018; 41(1):39-48

Dewi NT, Widari D. 2018. Hubungan Berat Badan Lahir Rendah dan Penyakit Infeksi

dengan Kejadian Stunting pada Baduta di Desa Maron Kidul Kecamatan Maron Kabupaten Probolinggo. *Amerta Nutrisionis*. 2;373- 381.

Direktorat Jenderal Perbendaharaan Provinsi Kalimantan Selatan. 2019. *Kajian Fiskal Tahun 2019*. Banjarmasin.

El-Taguri, A., Ibrahim, B., Salah, M. M., dan Abdel, M. A. 2008. Risk Factors for Stunting Among Under-fives in Libya. *Jurnal:Public Health Nutrition*, 12(8):1141-1149.

Fauza, N., Abdurrohman, A., Akbar Harahap, A., Monica, L., Yani, L., Jannah, M., ... Febria, Z. (2022). Identifikasi stunting pada anak balita di Desa Rantau Mapesai. *Unri Conference Series: Community Engagement*, 3, 673–679. <https://doi.org/10.31258/unricsce.3.673-679>

Francin E. 2004. *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: EGC

Goreti PM, Hadi Hamam, Laksmi GI. Stunting berhubungan dengan perkembangan motorik anak di Kecamatan Sedayu, Bantul, Yogyakarta. *Jurnal Gizi dan Diet*

Etik Indonesia, 2015; 3(1): 10-21.

Hastuti D, Sebho K, Lamawuran YL. 2012. Hubungan karakteristik sosial ekonomi rumah tangga dengan pemenuhan hak anak di wilayah dampingan Plan International Indonesia Program Unit Sikka, Nusa Tenggara Timur. JIKK 3(2):154-163.

Helmiyati S. 2019. Stunting Dan Penanganannya. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Henningham, Mcgregor, 2008. Public Health Nutrition. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Husada, S., & Rahmadhita, K. (2020). Permasalahan Stunting dan Pencegahannya Stunting Problems and Prevention. Juni, 11(1), 225–229. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.253>

Kemendes RI. (2021). Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI. 2018. Buku saku pemantauan status gizi. Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017, Jakarta: Kemenkes RI

Kementerian bidang Kesejahteraan Rakyat, 2013. Pedoman perencanaan program Gerakan Nasional percepatan perbaikan gizi dalam rangka seribu hari pertama kehidupan (Gerakan 1000 HPK), Jakarta.

Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi. 2018. Buku Saku Desa Dalam Penanganan Stunting. Jakarta: Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi

Kementerian Kesehatan RI. (2018). Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017. Buku Saku. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.

Kementrian Kesehatan RI. (2018). Riset Kesehatan Dasar Dasar (Riskesdas)

tahun 2018. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.

Larasati DA, Nindya TS, Arief. 2018. Hubungan antara Kehamilan Remaja dan Riwayat Pemberian ASI Dengan Kejadian Stunting pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pujon Kabupaten Malang. *Amerta Nutrition*. 2(4):392-401

Lee PA. Disorders of puberty. Dalam: Lifshitz F, penyunting. *Pediatric endocrinology*. Edisi ke-3. New York: Marcel Dekker; 1996. h. 175-93.

Lestiarini S, Sulistyorini Y. 2020. Perilaku Ibu pada Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) di Kelurahan Pegirian. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 8(1);1-11.

Maesarah, Adam, D., Hatta, H., Djafar, L., & Ka'aba, I. (2021). Hubungan Pola Makan dan Riwayat ASI Eksklusif Dengan Kejadian Stunting Pada Balita di Kabupaten Gorontalo. *Public Health Nutrition Journal*, 1(1), 50–58. Retrieved from <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/alghidza/article/view/19082>

- Mendes, S., & Nuwa, M. S. (2018). Stunting dengan Pendekatan Framework WHO. Prosiding Simposium Internasional Gizi dan Pangan 2018.
- Nasikhah R, Margawati A. Faktor risiko kejadian stunting pada balita usia 24–36 bulan di Kecamatan Semarang Timur. *Journal Of Nutrition College*, 2012. 1(1).
- Nugraheni, dkk. 2020. Asi Eksklusif Dan Asupan Energi Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Usia 6-24 Bulan Di Jawa Tengah. *Journal of Nutrition College*, 9(2);106–113.
- Nugroho, M. R., Sasongko, R. N., & Kristiawan, M. (2021). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Usia Dini di Indonesia. *Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 5(2).  
<https://doi.org/10.31004/obsesi.v5i2.1169>
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan Stunting.
- PERSAGI. Kamus gizi pelengkap kesehatan keluarga. Jakarta : Kompas; 2009.

Picauly I, Magdalena S. Analisis determinan dan pengaruh stunting terhadap prestasi belajar anak sekolah di Kupang dan Sumba Timur, NTT. *Jurnal Gizi dan Pangan*; 8(1): 55—62

Pratiwi, R., Sari, R. S., & Ratnasari, F. (2021). Dampak Status Gizi Pendek (Stunting) Terhadap Prestasi Belajar. *Jurnal Nursing Update- Edisi Khusus*, 12(2), 10. Retrieved from <https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/article/view/317/284>

Purba RB, Kapantow NH. 2019. Hubungan Antara Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting pada Anak Batita di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangkoan Kabupaten Minahasa

Rahayu, A., dan Khairiyati, L. 2014. Risiko Pendidikan Ibu Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak 6-23 Bulan. *Jurnal Penelitian Gizi Makanan*. Vol. 37 (2): 129-136

Rahayu, A., Yulidasari, F., Khairiyati, L., Rahman, F dan Anhar, V.N. 2016. The risk factor of mother's nutrition

knowledge level related to stunting in public health center region Cempaka, Banjarbaru City. *International Journal of Applied Bussines and Economic Research*. Vol. 14 (10): 6999-7008

Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A.O dan Rahman, F. 2015. Riwayat Berat Badan Lahir dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia Bawah Dua Tahun. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 10 (2): 67-73

Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A.O, Rahman, F., dan Rosadi, D. 2016. Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian pendek pada anak usia 6-24 bulan. *Jurnal Kemas*. Vol.11 (2) : 96-103

Rahmadhita K. 2020 Permasalahan Stunting dan Pencegahannya. *J Ilm Kesehat Sandi Husada*. 11(1); 1-9.

Sari, C. F., Fakultas, S., Kesehatan, I., Masyarakat, K., & Redaksi, D. (2022). Program Penanggulangan Stunting Melalui Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Sumut.

- Sarman, & Darmin. (2021). Epidemiologi Stunting. Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Soetjningsih. 2022. Tumbuh kembang anak. Jakarta: EGC
- Sukmawati, Hendrayanti, Chaerunnimah, Nurhumaira. Status gizi ibu hamil, berarar badan lahir bayi dengan stunting pada balita. Media Pangan Gizi 2018; 25(1):18-24
- Sulistyoningsih H. 2011. Gizi Untuk Kesehatan Ibu Dan Anak. Jogjakarta: Graha Ilmu.
- Supariasa, I., 2011 Penilaian Status Gizi, Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Supariasa, Nyoman ID. 2003. Penilaian Status Gizi. Jakarta : ECG
- Syafrina, M. (2019). Analisis Komitmen Pemerintah Kabupaten Padang Pariaman dalam Mengatasi Masalah Stunting Berdasarkan Nutrition Commitment Index 2018. In Jurnal Kesehatan Andalas (Vol. 8, Issue 2). <http://jurnal.fk.unand.ac.id>

Teshome B, Kogi-Makau W, Getahun Z, & Taye G. 2009. Magnitude and determinants of stunting in children underfive years of age in food surplus region of Ethiopia: The case of West Gojam Zone. *Ethiop. J. Health*, 23(2), 98—106.

Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan RI. (2017). 100 Kabupaten/kota prioritas untuk intervensi anak kerdil (stunting). Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia

TNP2K. 2018. Panduan konvergen program/kegiatan percepatan pencegahan stunting. Jakarta.

UNICEF Indonesia. 2013. Ringkasan Kajian Gizi Ibu dan Anak. Online; [www.unicef.org](http://www.unicef.org), diakses tanggal 19 Agustus 2018

UNICEF. 2019. UNICEF-WHO-World Bank: Joint Child Malnutrition Estimates 2020 edition – interactive dashboard. Retrieved from <https://data.unicef.org/resources/joint-child-malnutrition-estimates-interactive->

[dashboard-2020/](#)

USAID. Multi-sectoral Nutrition Strategy 2014-2025 Technical Guidance Brief: Implementation Guidance for Ending Preventable Maternal and Child Death. 2014. 1-6.

World Health Organization. The WHO Child Growth Standards. [Online]; 2016 (Available from: <https://www.who.int/%0Achildgrowth/en/>)