



**PREVALENSI DAN FAKTOR RISIKO STUNTING PADA BALITA 24-59 BULAN
DI INDONESIA: ANALISIS DATA RISET KESEHATAN DASAR 2018
(PREVALENCE AND STUNTING RISK FACTORS IN CHILDREN 24-59 MONTHS IN INDONESIA:
ANALYSIS OF BASIC HEALTH RESEARCH DATA 2018)**

Aditianti¹, Sudikno¹, Irlina Raswanti¹, Doddy Izwardy¹, Sugeng Eko Irianto²

¹ Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan,
Kementerian Kesehatan RI. Jl. Percetakan Negara no 29 Jakarta, Indonesia

² World Health Organization Indonesia, 5th Floor, Gama Tower, Jl. Rasuna Said Kav. C-22, Jakarta, Indonesia
E-mail: aditianti@yahoo.com

Diterima: 22-09-2020

Direvisi: 20-12-2020

Disetujui: 25-12-2020

ABSTRACT

Stunting in children under five years old is still a health problem, mainly in developing countries. The objective of this study was to determine the risk factors associated with the nutritional status of children aged 24 - 59 months in Indonesia. This study used nationwide basic health research (Riskesdas) 2018 data. The study design was cross-sectional. Samples were children between the ages 24-59 months in Indonesia. The number of samples that have been analyzed was 10,128. The result of this study showed that the prevalence of stunting in children between the ages 24-59 months was 29.1 percent. Logistic regression analysis showed that the risk factors associated with stunting in children between the ages 24-59 months were the father's education (AOR 1,56; 95%CI 1,22-1,99), mother's education (AOR 1,44; 95%CI 0,89-1,23), mother's body height (AOR 2,32; 95%CI 1,94-2,77), father's BMI (body mass index (AOR 1,15; 95%CI 0,98-1,36)), and location of birthplace (AOR 1,63; 95%CI 1,35-1,96). Need a promotion at posyandu and health facilities or through other social media about to prevent stunting. In addition, counseling on health and nutrition for prospective brides (CATIN) is also needed to be encouraged together with related agencies.

Keywords: *stunting, children, risk factors*

ABSTRAK

Masalah stunting pada anak balita masih menjadi masalah kesehatan terutama di negara berkembang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan status gizi anak usia 24–59 bulan di Indonesia. Penelitian ini menggunakan data Riskesdas 2018. Desain penelitian adalah *Cross-sectional*. Sampel penelitian adalah anak berusia 24-59 bulan di Indonesia. Jumlah sampel yang dianalisis 10.128 balita. Hasil analisis menunjukkan prevalensi stunting pada anak usia 24-59 bulan adalah 29,1 persen. Hasil analisis regresi logistik menunjukkan bahwa faktor risiko yang berhubungan dengan stunting pada balita 24-59 bulan di Indonesia adalah pendidikan ayah (AOR 1,56; 95%CI 1,22-1,99), pendidikan ibu (AOR 1,44; 95%CI 0,89-1,23) tinggi badan ibu (AOR 2,32; 95%CI 1,94-2,77);, IMT ayah (AOR 1,15; 95%CI 0,98-1,36), dan tempat persalinan (AOR 1,63; 95%CI 1,35-1,96). Perlu adanya promosi di posyandu dan fasilitas kesehatan atau melalui media social lainnya tentang perlunya pencegahan stunting. Selain itu, diperlukan juga penyuluhan tentang kesehatan dan gizi bagi calon pengantin (CATIN) perlu digalakkan bersama dengan dinas terkait. [**Penel Gizi Makan 2020, 43(2):51-64**]

Kata kunci: stunting, balita, faktor risiko

PENDAHULUAN

Masalah stunting pada anak balita masih menjadi masalah kesehatan terutama di negara berkembang. Pada tahun 2019 persentase stunting secara global adalah 21,3 persen atau diperkirakan 144 juta anak usia di bawah 5 tahun mengalami stunting. Pada tahun 2019, terdapat tujuh wilayah yang memiliki prevalensi stunting yang tinggi dan sangat tinggi, yaitu negara kepulauan di Oceania, Afrika timur, Asia Selatan, Afrika tengah, Afrika Selatan, Afrika barat dan Asia Tenggara dimana Indonesia termasuk di dalamnya¹.

Global Nutrition Report 2020 menggunakan kerangka kerja analisis geostatistik untuk memperkirakan beban kejadian stunting, wasting dan obesitas pada anak-anak di bawah 5 tahun di tingkat subnasional. Kesenjangan terbesar pada stunting terjadi di Nigeria, Indonesia dan India, dengan tingkat yang bervariasi hingga empat kali lipat di seluruh komunitas².

World Health Assembly (WHA) menargetkan menurunkan angka stunting sebanyak 40 persen dari prevalensi 2013 yaitu 22 persen pada tahun 2025³. Sementara itu salah satu sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah dengan menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita⁴. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan penurunan prevalensi stunting di tingkat nasional sebesar 6,4 persen selama periode lima tahun, yaitu dari 37,2 persen (2013)⁵ menjadi 30,8 persen (2018)⁶. Sementara prevalensi stunting pada tahun 2007 adalah 36,8 persen⁷. Sedangkan untuk balita berstatus normal terjadi peningkatan dari 48,6 persen (2013) menjadi 57,8 persen (2018)⁶.

Stunting atau sering disebut kerdil atau pendek atau tengkes adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan³. Kegagalan pertumbuhan linier adalah bentuk paling umum dari kekurangan gizi secara global⁸. Anak yang tergolong stunting apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang badan atau tinggi badan anak seumurnya. Stunting pada anak mencerminkan kondisi gagal tumbuh pada anak balita. Sehingga anak menjadi terlalu pendek untuk usianya.

Stunting adalah suatu sindrom di mana kegagalan pertumbuhan linier berfungsi sebagai penanda beberapa gangguan

patologis terkait dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas, hilangnya potensi pertumbuhan fisik, berkurangnya neuron fungsi perkembangan dan kognitif dan peningkatan risiko penyakit kronis pada usia dewasa⁹. Stunting pada masa kanak-kanak memiliki konsekuensi jangka pendek dan jangka panjang yang memengaruhi kesehatan dan perkembangan sumber daya manusia¹⁰. Dalam jangka pendek, stunting dapat menyebabkan meningkatnya mortalitas dan morbiditas, menurunkan fungsi kognitif, motorik dan ketrampilan berbahasa serta meningkatkan biaya perawatan karena sakit. Dalam jangka panjang, stunting pada masa kanak-kanak menyebabkan anak menjadi pendek saat remaja, meningkatkan risiko obesitas dan menurunkan kesehatan reproduksi, menurunkan performa di sekolah dan kemampuan belajar serta menurunkan kapasitas kerja dan produktivitas¹¹.

Stunting terjadi sebagai akibat dampak kumulatif asupan makanan yang tidak memadai dan kondisi kesehatan yang buruk hasil dari kemiskinan endemik¹². WHO (2017) menjelaskan terjadinya stunting disebabkan oleh faktor rumah tangga (keadaan rumah, rendahnya kualitas pangan, keamanan pangan dan air, kondisi ibu, pengasuhan yang tidak cukup, ketidakcukupan ASI, ketidakcukupan makanan pendamping) dan keadaan masyarakat atau negara (keadaan politik dan ekonomi, air, sanitasi dan lingkungan, pertanian, pendidikan, sosial dan budaya)¹¹.

Seribu hari pertama kelahiran (1000 HPK) merupakan masa yang paling kritis dalam tumbuh kembang anak. Kekurangan gizi yang dialami di awal kehidupan menyebabkan kerusakan permanen, dan mungkin juga memengaruhi generasi mendatang¹³. Anak usia 24–59 bulan telah melewati masa 1000 HPK, namun kelompok tersebut masih berada pada usia balita dan tetap perlu mendapatkan perhatian. UNICEF (2020) menjelaskan hampir separuh dari semua kematian pada anak balita disebabkan oleh kekurangan gizi; kekurangan gizi menempatkan anak-anak pada risiko yang lebih besar untuk meninggal akibat infeksi umum, meningkatkan frekuensi dan keparahan infeksi tersebut, dan menunda pemulihan¹⁴. Analisis lanjut ini akan difokuskan pada determinan stunting pada balita 24-59 bulan. Anak usia 24-59 bulan termasuk dalam kategori sasaran penting. Kelompok sasaran penting perlu diintervensi apabila semua sasaran prioritas (ibu hamil, ibu menyusui, dan anak 0-23 bulan) telah terlayani secara optimal⁹. Artikel ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko yang memengaruhi status gizi

anak usia 24–59 bulan berdasarkan data Riskesdas 2018.

METODE

Penelitian ini menggunakan data Riskesdas 2018. Desain penelitian adalah potong lintang (*cross-sectional*) dan non-intervensi. Riskesdas 2018 menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Indonesia, yang terwakili oleh penduduk di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota⁶.

Kerangka sampel Riskesdas 2018 terdiri dari dua jenis yaitu Tahap 1, melakukan *implicit stratification* seluruh blok sensus (BS) hasil sensus penduduk (SP) 2010 berdasarkan strata kesejahteraan. Dari *master frame* 720.000 BS hasil SP 2010 dipilih 180.000 BS (25%) secara *probability proportional to size* (PPS) untuk menjadi *sampling frame* pemilihan BS. Memilih sejumlah BS dengan metode PPS di setiap strata *urban/rural* per kabupaten/kota secara sistematis sehingga menghasilkan daftar sampel blok sensus (DSBS). Jumlah total BS yang dipilih adalah 30.000 BS. Tahap 2, memilih 10 rumah tangga di setiap BS hasil pemutakhiran secara *systematic sampling* dengan *implicit stratification* pendidikan tertinggi yang ditamatkan KRT (kepala rumah tangga), untuk menjaga keterwakilan dari nilai keragaman karakteristik rumah tangga. Individu yang menjadi sampel Riskesdas untuk diwawancarai adalah seluruh anggota rumah tangga (ART) dalam rumah tangga terpilih⁶.

Pengumpulan data dilakukan oleh enumerator setempat yang telah dilatih dengan pengawasan teknis oleh penanggung jawab teknis (PJT) kabupaten/kota dan pengawasan oleh penanggung jawab operasional (PJO) kabupaten/kota. Dalam pengumpulan data satu tim bertanggungjawab terhadap 11 hingga 12 BS. Satu BS terdiri dari 10 rumah tangga (Ruta) sehingga satu tim bertanggung jawab terhadap 110 hingga 120 ruta. Pengumpulan data Riskesdas 2018 dilakukan wawancara, pengukuran, dan pemeriksaan. Wawancara menggunakan dua instrumen yaitu: instrumen rumah tangga dan instrumen individu⁶.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak balita umur 24-59 bulan. Sedangkan sampel adalah anak balita yang berusia 24-59 bulan, dan mempunyai kelengkapan data. Jumlah sampel balita 24-59 bulan yang dianalisis sebanyak 10.128. Jumlah ini masih memenuhi minimal sampel¹⁵. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah usia anak 24-59 bulan dan mempunyai data lengkap. Sementara kriteria eksklusi penelitian adalah anak balita 24-59 yang memiliki cacat fisik, dan

memiliki nilai $Z\text{-score} < -6\text{ SD}$ dan nilai $Z\text{-score} > +6\text{ SD}$.

Pengukuran berat badan anak usia 24-59 bulan dilakukan oleh enumerator dengan pendidikan minimal DIII kesehatan. Selanjutnya untuk pengukuran tinggi badan balita 24-59 bulan diukur dengan alat ukur tinggi badan "Multifungsi" dengan kapasitas ukur dua meter dan ketelitian 0,1 cm. Untuk menilai status gizi TB/U anak usia 24-59 bulan, angka tinggi badan setiap anak balita dikonversikan dalam nilai terstandar ($Z\text{-score}$) berdasarkan indikator tinggi badan menurut umur menggunakan baku antropometri anak balita WHO 2005. Selanjutnya berdasarkan nilai $Z\text{-score}$ dari indikator tersebut ditentukan status gizi anak balita dengan batasan normal ($Z\text{-score} \geq -2,0$) dan pendek ($Z\text{-score} < -2,0$) sesuai dengan Permenkes nomor 2 tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak¹⁶. Data nilai $Z\text{-score}$ dari indikator TB/U yang dianalisis sebelumnya telah melalui proses *cleaning* data untuk mengeluarkan nilai-nilai ekstrim (nilai $Z\text{-score} < -6\text{ SD}$ dan nilai $Z\text{-score} > +6\text{ SD}$).

Pengukuran berat badan orang tua (ayah dan ibu) balita 24-59 bulan menggunakan dua jenis timbangan berat badan digital yaitu merek AND dan merek FamilyDr. Masing-masing alat timbang tersebut memiliki kapasitas 50 gram–150 kg dengan ketelitian 50 gram dan 5 kg –150 kg dan ketelitian 100 gram, sementara untuk pengukuran tinggi badan orang tua balita diukur dengan alat ukur tinggi badan "Multifungsi" dengan kapasitas ukur dua meter dan ketelitian 0,1 cm⁶.

Variabel yang dianalisis terdiri atas karakteristik anak (status gizi, jenis kelamin, pengukuran TB balita, kepemilikan buku KIA, berat lahir dan penyakit yang dialami anak yaitu TBC, hepatitis, diare dan ISPA), karakteristik ayah (pendidikan, pekerjaan, kebiasaan merokok, IMT dan kebiasaan cuci tangan pakai sabun (CTPS)), karakteristik ibu (pendidikan, pekerjaan, kebiasaan merokok, IMT, tinggi badan dan CTPS), karakteristik keluarga (jumlah anggota keluarga, jumlah balita dalam 1 keluarga), akses ke sarana pelayanan kesehatan (akses ke puskesmas, rumah sakit, praktek tenaga kesehatan), wilayah tempat tinggal, tempat persalinan dan tempat penanganan sampah rumah tangga.

Dalam Riskesdas (2018), indikator pengetahuan akses ke fasilitas kesehatan diukur menggunakan beberapa pertanyaan di tingkat rumah tangga. Indikator dianalisis menggunakan metode *Principal Component Analysis (PCA)* yang dibangun dengan tiga dimensi, yaitu 1) Jenis alat transportasi yang digunakan ke fasilitas kesehatan; 2) Waktu

tempuh pulang pergi dari rumah ke fasilitas kesehatan dan; 3) Biaya yang dikeluarkan untuk transportasi pulang pergi ke fasilitas kesehatan. Selanjutnya dilakukan skoring dan pengategorian terhadap variabel tersebut⁶.

Perilaku mencuci tangan dan merokok pada orang tua menjadi variabel dalam penulisan ini. Perilaku mencuci tangan yang dianggap benar, jika penduduk melakukan cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir, sebelum melakukan kegiatan: menyiapkan makanan, setiap kali tangan kotor (memegang uang, binatang dan berkebudun), setelah buang air besar, setelah menyeboki bayi/anak, setelah menggunakan pestisida/insektisida, sebelum menyusui bayi, dan sebelum makan. Perilaku merokok saat ini mencakup kebiasaan merokok setiap hari atau kadang-kadang dalam sebulan terakhir. Perilaku merokok di masa lalu mencakup merokok setiap hari atau kadang-kadang di masa lalu. Tidak pernah merokok yaitu termasuk tidak pernah mencoba merokok sampai dengan saat pengumpulan data⁶.

Pelaksanaan Risesdas tahun 2018, telah memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK), Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Dalam penulisan ini, sebagai variabel dependen adalah status gizi TB/U. Analisis data dilakukan secara bertahap, yaitu analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat untuk mengetahui sebaran nilai masing-masing variabel. Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan variabel dependen, yaitu variabel status gizi stunting balita 24-59 bulan dengan variabel independen menggunakan uji *Chi-square* dan regresi logistik. Selanjutnya analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel independen secara bersama-sama dengan stunting balita 24-59 bulan menggunakan regresi logistik model faktor risiko. Variabel dengan nilai $p < 0,25$ pada analisis bivariat diikutsertakan dalam analisis multivariat. Analisis menggunakan perangkat lunak statistik.

HASIL

Jumlah sampel penelitian yang dianalisis sebanyak 10.128 anak. Pada anak balita usia 24–59 bulan terdapat 29,1 persen yang mengalami stunting dengan persentase yang mengalami stunting sedikit lebih banyak terjadi

pada balita laki-laki yaitu 52,8 persen dibandingkan dengan balita perempuan (47,2%). Sementara itu, jika dilihat dari wilayah tempat tinggal, jumlah anak usia 24–59 bulan yang mengalami stunting tidak jauh berbeda, baik yang tinggal di perkotaan maupun perdesaan. Dilihat dari karakteristik orangtua balita, diketahui bahwa sebagian besar pendidikan terakhir ayah adalah setingkat SMA (39,7%) dan 14,4 persen tamat perguruan tinggi tetapi di sisi lain terdapat 6,8 persen ayah yang tidak tamat SD sedangkan pada ibu, sebagian besar (36,2%) berpendidikan SMA. Jenis pekerjaan yang banyak ditekuni oleh ayah balita adalah sebagai petani, nelayan, buruh yaitu sebanyak 40,1 persen dan sebagian kecil bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI sedangkan pada ibu balita, sebagian besar tidak bekerja/sekolah (62,5%). Komposisi keluarga dari balita yang menjadi sampel adalah sebagian besar memiliki anggota keluarga berjumlah 3-4 orang (53,9%) dan hanya memiliki 1 balita dalam keluarga (94,6%). Sebaran karakteristik sampel dapat dilihat pada Tabel 1.

Berdasarkan faktor akses ke pelayanan kesehatan, dapat dilihat bahwa akses yang paling mudah dicapai oleh keluarga adalah akses ke puskesmas dan akses ke tempat praktek tenaga kesehatan dimana hampir 50 persen keluarga mempunyai akses yang mudah untuk menuju ke puskesmas dan hampir 40 persen keluarga memiliki akses mudah ke tempat praktek tenaga kesehatan sedangkan 27 persen keluarga mempunyai akses yang sulit untuk menuju ke rumah sakit. Dalam jangka waktu tiga bulan terakhir sebelum penelitian dilaksanakan, hampir seluruh responden balita (>90%) tidak mengalami penyakit TB, hepatitis, ISPA maupun diare. Kepemilikan buku KIA juga didapati pada sebagian besar balita (80%), namun pengukuran panjang badan/tinggi badan hanya dapat dilakukan kepada 58 persen balita. Kebiasaan merokok pada orangtua balita masih terjadi, dimana sebagian besar ayah balita (64%) merokok setiap hari, sementara hampir semua (98,5%) ibu balita tidak merokok. Indeks massa tubuh (IMT) ayah dan ibu balita sebagian besar berada dalam keadaan normal, yaitu masing-masing 61,1 persen (ayah) dan 46,3 persen (ibu). Kebiasaan mencuci tangan pakai sabun baik pada ayah maupun ibu balita yang dilakukan setiap hari di atas 70 persen (Tabel 1).

Tabel 1
Karakteristik Sampel

Karakteristik	Balita 24-59 bulan	
	n	%
Status gizi		
- Normal	7185	70,9
- Stunting	2943	29,1
Jenis kelamin		
- Laki-laki	5350	52,8
- Perempuan	4778	47,2
Wilayah		
- Perkotaan	5570	55,0
- Perdesaan	4558	45,0
Pendidikan ayah		
- Tidak Tamat SD	692	6,8
- SD	1890	18,7
- SMP	2064	20,4
- SMA	4022	39,7
- Perguruan tinggi	1460	14,4
Pendidikan ibu		
- Tidak Tamat SD	576	5,7
- SD	1783	17,6
- SMP	2415	23,8
- SMA	3669	36,2
- Perguruan tinggi	1685	16,6
Pekerjaan ayah		
- PNS/TNI/POLRI	701	6,9
- Pegawai swasta	1936	19,1
- Wiraswasta	2733	27,0
- Sekolah/tidak bekerja/lainnya	693	6,8
- Petani/Nelayan/Buruh	4065	40,1
Pekerjaan ibu		
- PNS/TNI/POLRI	491	4,8
- Pegawai swasta	903	8,9
- Wiraswasta	1243	12,3
- Sekolah/tidak bekerja/lainnya	6333	62,5
- Petani/Nelayan/Buruh	1158	11,4
Jumlah anggota rumah tangga		
- 3-4	5464	53,9
- 5	2475	24,4
- 6	1276	12,6
- ≥ 7	913	9,0
Jumlah balita		
- 1	9583	94,6
- > 1	545	5,4
Akses ke Puskesmas		
- Mudah	4897	48,4
- Sulit	3095	30,6
- Sangat sulit	2136	21,1
Akses ke Rumah Sakit		
- Mudah	9261	36,9
- Sulit	9026	36,0
- Sangat sulit	6819	27,2
Akses ke praktek tenaga kesehatan		
- Mudah	4363	43,1
- Sulit	3189	31,5
- Sangat sulit	2576	25,4
TBC		
- Tidak	10107	99,8
- Ya	21	0,2
Hepatitis		
- Tidak	10112	99,8
- Ya	16	0,2

Karakteristik	Balita 24-59 bulan	
	n	%
Diare		
- Tidak	9183	90,7
- Ya	945	9,3
ISPA		
- Tidak	9340	92,2
- Ya	788	7,8
Kepemilikan Buku KIA		
- Ya	9379	92,6
- Tidak	749	7,4
Pengukuran TB Balita		
- Ya	5941	58,7
- Tidak	4187	41,3
Kebiasaan merokok ayah		
- Tidak pernah	2297	22,7
- Kadang-kadang	1345	13,3
- Merokok setiap hari	6486	64,0
Kebiasaan merokok ibu		
- Tidak pernah	9975	98,5
- Kadang-kadang	107	1,1
- Merokok setiap hari	46	0,5
Tinggi badan Ibu		
- \geq 145 cm	9582	94,6
- < 145 cm	546	5,4
IMT ayah		
- Underweight	743	7,3
- Normal	6190	61,1
- Overweight	2595	25,6
- Obese	600	5,9
IMT ibu		
- Underweight	432	4,3
- Normal	4689	46,3
- Overweight	3378	33,4
- Obese	1629	16,1
Tempat sampah tertutup		
- Ya	1883	18,6
- Tidak	8245	81,4
Tempat persalinan		
- RS swasta	1730	17,1
- Klinik	569	5,6
- RS pemerintah	1669	16,5
- Praktik dokter/bidan	3482	34,4
- Puskesmas/Pustu/Poskesdes	1802	17,8
- Rumah/lainnya	876	8,6
CTPS		
- Ya	7526	74,3
- Tidak	2602	25,7
CTPS Ibu		
- Ya	8155	80,5
- Tidak	1973	19,5
Berat lahir bayi		
- \geq 2500 gr	9637	95,2
- < 2500	491	4,8

Keterangan CTPS : cuci tangan pakai sabun

Tabel 2
Analisis Bivariat dan Multivariat Faktor Risiko Stunting pada Balita 24-59 Bulan

Karakteristik	Stunting (%)	N	*Unadjusted (Bivariat)			**Adjusted (Multivariat)		
			OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Jenis kelamin								
- Laki-laki	29,6	5350	1,06	0,97-1,15	0,183			
- Perempuan	28,4	4778	ref					
Wilayah								
- Perkotaan	26,3	5570	ref					
- Perdesaan	32,4	4558	1,33	1,22-1,46	0,000			
Pendidikan ayah								
- Tidak Tamat SD	41,5	692	2,70	2,22 - 3,29	0,000	1,56	1,22-1,99	0,000
- SD	34,6	1890	2,02	1,72 - 2,36		1,22	1,00-1,50	0,047
- SMP	30,8	2064	1,70	1,45 - 1,99		1,15	0,95-1,40	0,140
- SMA	26,4	4022	1,37	1,18 - 1,58		1,14	0,96-1,34	0,120
- Perguruan tinggi	20,8	1460	ref			ref		
Pendidikan ibu								
- Tidak Tamat SD	39,4	576	2,38	1,94-2,92	0,000	1,44	0,89-1,23	0,004
- SD	36,1	1783	2,07	1,78-2,41		1,42	1,17-1,73	0,000
- SMP	32,3	2415	1,75	1,51-2,02		1,32	1,10-1,58	0,002
- SMA	25,4	3669	1,24	1,08-1,43		1,05	0,89-1,23	0,543
- Perguruan tinggi	21,4	1685	ref			ref		
Pekerjaan ayah								
- PNS/TNI/POLRI	21,1	701	ref		0,000			
- Pegawai swasta	23,8	1396	1,16	0,94-1,43				
- Wiraswasta	27,4	2733	1,41	1,15-1,72				
- Sekolah/tidak bekerja/lainnya	31,1	693	1,70	1,33-2,17				
- Petani/Nelayan/Buruh	33,7	4065	1,89	1,56-2,30				
Pekerjaan ibu								
- PNS/TNI/POLRI	21,0	491	ref		0,000			
- Pegawai swasta	20,2	903	0,44	0,34-0,57				
- Wiraswasta	27,1	1243	0,42	0,34-0,51				
- Sekolah/tidak bekerja/lainnya	29,8	6333	0,62	0,52-0,74				
- Petani/Nelayan/Buruh	37,3	1158	0,71	0,62-0,81				
Jumlah anggota rumah tangga								
- 3-4	28,5	5464	ref		0,220			
- 5	28,7	2475	0,92	0,79-1,07				
- 6	31,2	1276	0,93	0,78-1,09				
- ≥ 7	30,2	913	1,04	0,87-1,25				
Jumlah balita								
- 1	28,9	9583	0,88	0,73-1,06	0,180			
- > 1	31,6	545	ref					
Akses ke Puskesmas								
- Mudah	26,7	4897	ref					
- Sulit	30,6	3095	0,76	0,68-0,85	0,000			
- Sangat sulit	32,3	2136	0,92	0,82-1,04	0,200			
Akses ke Rumah Sakit								
- Mudah	25,3	4275	ref					
- Sulit	30,6	3650	0,66	0,59-0,74	0,000			
- Sangat sulit	33,8	2203	0,86	0,77-0,96	0,120			
Akses ke praktek tenaga kesehatan								
- Mudah	26,7	4363	ref					
- Sulit	29,9	3189	1,16	1,05-1,29	0,030			
- Sangat sulit	32,0	2576	1,28	1,15-1,43	0,000			
TBC								
- Tidak	29,1	10107	ref					
- Ya	23,8	21	0,76	0,27-2,08	0,500			
Hepatitis								
- Tidak	29,1	10112	ref					
- Ya	18,8	16	1,77	0,50-6,23	0,300			

Karakteristik	Stunting (%)	N	*Unadjusted (Bivariat)			**Adjusted (Multivariat)		
			OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Diare								
- Tidak	28,7	9183	ref					
- Ya	32,4	945	1,18	1,03-1,37	0,180			
ISPA								
- Tidak	28,9	9340	ref					
- Ya	31,2	788	0,89	0,76-1,04	0,160			
Kepemilikan Buku KIA								
- Ya	29,6	9379	ref					
- Tidak	22,8	749	0,70	0,59-0,84	0,000			
Pengukuran PB (TB)								
- Ya	29,5	5941	ref					
- Tidak	28,4	4187	0,95	0,87-1,03	0,250			
Kebiasaan merokok ayah								
- Tidak pernah	25,3	2297	ref					
- Kadang-kadang	28,0	1345	1,15	0,98-1,33	0,070			
- Merokok setiap hari	30,6	6486	1,30	1,16-1,45	0,000			
Kebiasaan merokok ibu								
- Tidak pernah	29,0	9975	ref					
- Kadang-kadang	31,8	107	1,13	0,75-1,71	0,530			
- Merokok setiap hari	26,1	46	0,8	0,44-1,66	0,660			
Tinggi badan Ibu								
- ≥ 145 cm	27,9	9582	ref			ref		
- < 145 cm	49,8	546	2,56	2,15-3,05	0,000	2,32	1,94-2,77	0,000
IMT ayah								
- Normal	31,4	6190	ref			ref		
- Overweight	23,7	2595	0,68	0,61-0,75	0,000	0,75	0,67-0,83	0,000
- Obese	20,3	600	0,55	0,45-0,68	0,000	0,65	0,53-0,81	0,000
- Underweight	35,4	734	1,19	1,02-1,40	0,026	1,15	0,98-1,36	0,076
IMT ibu								
- Normal	30,9	4689	ref					
- Overweight	27,4	3378	0,84	0,76-0,93	0,001			
- Obese	24,4	1629	0,72	0,63-0,82	0,000			
- Underweight	39,6	432	1,46	1,19-1,79	0,000			
Tempat sampah tertutup								
- Ya	25,1	1883	ref					
- Tidak	30,0	8245	1,27	1,14-1,43	0,056			
Tempat persalinan								
- RS swasta	21,7	1730	ref			ref		
- Klinik	25,1	569	1.213	0,97-1,51	0,080	1,16	0,93-1,45	0,081
- RS pemerintah	27,0	1669	1.338	1,14-1,56	0,000	1,18	1,00-1,39	0,039
- Praktik dokter/bidan	29,1	3482	1.480	1,29-1,69	0,000	1,25	1,09-1,44	0,001
- Puskesmas/Pustu/Poskesdes	35,7	1802	2.005	1,72-2,32	0,000	1,59	1,36-1,87	0,000
- Rumah/lainnya	36,4	876	2.069	1,73-2,47	0,000	1,63	1,35-1,96	0,000
CTPS ayah								
- Ya	28,7	7526	ref					
- Tidak	30,1	2602	0,93	0,95-1,03	0,940			
CTPS Ibu								
- Ya	28,7	8155	ref					
- Tidak	30,6	1973	1,09	0,98-1,21	0,100			
Berat lahir bayi								
- > = 2500	28,4	9637	ref					
- < 2500	41,3	491	1,77	1,47-2,13	0,000			

Keterangan: ref= reference; *analisis regresi logistik; **analisis regresi logistik multivariat

Dari analisis yang dilakukan dengan uji bivariat ($p < 0,05$), diketahui variabel yang berhubungan dengan kejadian stunting pada anak 24–59 bulan adalah wilayah tempat tinggal, pendidikan ayah dan ibu, pekerjaan ayah dan ibu, akses ke tempat sarana pelayanan kesehatan, kepemilikan buku KIA, kebiasaan merokok ayah, TB ibu, IMT ayah dan ibu, tempat persalinan dan berat lahir bayi.

Selanjutnya dilakukan analisis multivariat yaitu dengan memasukkan variabel dalam analisis bivariat dengan nilai $p < 0,25$. Variabel dengan nilai $p < 0,25$ adalah jenis kelamin, wilayah, pendidikan ayah dan ibu, pekerjaan ayah dan ibu, jumlah anggota keluarga, jumlah balita, akses ke puskesmas, akses ke rumah sakit, akses ke praktek tenaga kesehatan, diare, ISPA, kepemilikan buku KIA, kebiasaan

merokok ayah, tinggi badan ibu, IMT ayah dan ibu, tempat sampah tertutup, tempat persalinan, CTPS ibu dan berat lahir bayi.

Hasil analisis multivariat menunjukkan balita dari orangtua yang berpendidikan tidak tamat SD lebih berisiko menjadi stunting dimana pendidikan ayah yang tidak tamat SD (AOR 1,56; 95%CI 1,22-1,99), pendidikan ibu yang tidak tamat SD (AOR 1,44; 95%CI 0,89-1,23) dibandingkan balita dari orangtua yang berpendidikan tinggi (tamat perguruan tinggi); balita dengan ibu yang memiliki tinggi badan <145 cm memiliki risiko 2,32 kali lebih tinggi untuk menjadi stunting dibandingkan balita dari ibu yang memiliki tinggi badan >145 cm (AOR 2,32; 95%CI 1,94-2,77); risiko terjadinya stunting 1,15 kali lebih tinggi pada balita yang memiliki ayah dengan IMT termasuk kategori *underweight* (AOR 1,15; 95%CI 0,98-1,36) dibandingkan ayah dengan IMT normal. Risiko stunting sebesar 1,63 kali lebih tinggi terjadi pada balita yang dilahirkan di rumah (tempat persalinan bukan di fasilitas kesehatan) dibandingkan dengan tempat persalinan di rumah sakit swasta (AOR 1,63; 95%CI 1,35-1,96).

BAHASAN

Target prevalensi stunting *World Health Assembly (WHA)* yaitu menurunkan angka stunting sebanyak 40 persen dari prevalensi 2013 yaitu 22 persen pada tahun 2025³. Di sebagian besar negara berkembang, masalah stunting merupakan salah satu permasalahan kesehatan. Indonesia termasuk dalam salah satu negara berkembang dengan prevalensi tinggi yaitu mempunyai prevalensi stunting lebih dari 30 persen. Banyak negara-negara berkembang melaporkan prevalensi stunting yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi penyakit lain karena kekurangan gizi anak dan menjadikannya masalah kesehatan masyarakat¹⁷.

Terjadinya stunting pada anak disebabkan berbagai macam faktor yang saling berkaitan. Berdasarkan penelitian di Sumatera tahun 2013, terjadi peningkatan prevalensi stunting anak usia 24–59 bulan karena adanya faktor yang memengaruhi, yaitu tinggi badan ibu (OR=1,36), tingkat asupan lemak (OR=1,30), jumlah anggota rumah tangga (OR=1,38) dan sumber air minum (OR=1,36)¹⁸. Sementara itu di Burundi (2014) faktor yang memengaruhi stunting adalah pendidikan ibu, kekeliruan dalam menilai status gizi, fasilitas kesehatan, jumlah balita di rumah tangga dan faktor ekonomi¹⁹. Penelitian di Bangladesh tahun 2010 mengungkapkan keragaman makanan anak merupakan faktor penentu stunting²⁰.

Dalam analisis Riskesdas 2018, prevalensi stunting usia 24-59 bulan adalah 29,1 persen dengan faktor determinannya adalah pendidikan ayah, pendidikan ibu, TB ibu, IMT ayah dan tempat persalinan.

Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor yang memengaruhi terjadinya stunting. Hampir 40 persen ibu yang tidak tamat SD memiliki anak stunting. Sementara ibu dengan pendidikan terakhir tamat perguruan tinggi sekitar 20 persen yang memiliki anak dengan kondisi stunting. Ibu yang tidak tamat SD memiliki risiko 1,44 kali lebih besar memiliki anak stunting pada usia 24-59 bulan. Beberapa hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian ini²¹⁻²⁶. Sementara hasil penelitian lainnya memiliki hubungan yang berbanding terbalik untuk tingkat pendidikan ibu²⁴. Semakin rendah pendidikan ibu, risiko memiliki anak stunting akan semakin besar. Hal ini mengindikasikan pendidikan ibu sangat berperan terhadap status gizi anak. Ibu yang buta huruf tidak menyadari tentang nilai gizi dari pemberian makan dan praktik kebersihan²³. Penemuan ini menunjukkan pentingnya pendidikan perempuan sebagai strategi alternatif untuk mengalahkan beban stunting pada masa kanak-kanak dan untuk mendorong praktik pemberian makan yang baik pada anak⁸. Tingkat pendidikan ibu yang lebih tinggi juga dapat mengurangi stunting pada masa kanak-kanak seperti peningkatan pengetahuan tentang praktik sanitasi dan perilaku sehat²⁷. Ibu yang berpendidikan akan tahu bagaimana mengolah makanan, mengatur menu makanan, serta menjaga mutu dan kebersihan makanan dengan baik. Selain pendidikan tinggi, ibu juga harus aktif dan tanggap dalam mencari informasi tentang gizi anak dari media masa ataupun petugas Kesehatan²¹.

Pendidikan ibu memiliki hubungan dengan beberapa variabel yaitu pekerjaan, jumlah balita, akses ke sarana kesehatan, tempat persalinan, kepemilikan tempat sampah tertutup dan kebiasaan ibu mencuci tangan pakai sabun. Penelitian yang dilakukan di Ethiopia tahun 2018 tentang faktor determinan terjadinya malnutrisi pada anak di bawah usia 5 tahun menginformasikan bahwa anak dengan ibu yang tidak berpendidikan lebih berisiko mengalami stunting dibandingkan anak-anak yang lahir dari ibu yang mempunyai pendidikan²³. Prevalensi stunting lebih tinggi pada anak yang ibunya tidak menyelesaikan pendidikan dasar dibandingkan yang telah menyelesaikan pendidikan dasar²⁸. Sementara itu menurut Chirande (2015) anak dengan ibu yang tidak sekolah lebih tinggi risikonya untuk

mengalami stunting di bandingkan dengan yang menyelesaikan pendidikannya¹⁷.

Tinggi badan ibu termasuk dalam salah satu faktor yang memengaruhi terjadinya stunting. Hampir 50 persen ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm memiliki anak stunting. Ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm berisiko 2,32 kali lebih besar mempunyai anak stunting pada usia 24-59 bulan dibandingkan dengan ibu dengan tinggi badan ≥ 145 cm. Hal ini menguatkan hasil penelitian sebelumnya^{18,22,26}. Orang tua yang pendek karena gen dalam kromosom yang membawa sifat pendek kemungkinan besar akan menurunkan sifat pendek tersebut kepada anaknya. Apabila sifat pendek orang tua disebabkan masalah gizi maupun patologis, maka sifat pendek tersebut tidak akan diturunkan kepada anaknya²⁹. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Hanum dkk. yang menyatakan tidak terdapat hubungan antara tinggi badan ibu dengan stunting pada anak balita³⁰. Interaksi antara tinggi badan ibu dan pertumbuhan linier anak kemungkinan besar disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan yang diawasi oleh ibu, seperti kebersihan, asupan gizi yang cukup, dan kesehatan reproduksi. Ibu dengan perawakan pendek mungkin memiliki sistem anatomi dan metabolisme yang tidak memadai yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin, seperti kadar glukosa yang lebih rendah, atau penurunan protein dan energi. Kondisi ini dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan *intrauterine*, yang juga berperan dalam perawakan pendek pada anak-anak³¹.

Variabel yang turut mempengaruhi stunting pada anak usia 24-59 bulan adalah pendidikan ayah. Kejadian stunting lebih banyak terjadi pada ayah dengan pendidikan rendah. Ayah yang tidak tamat SD berisiko mempunyai stunting pada balita usia 24-59 bulan sebesar 1,56 kali. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lainnya yang mendapatkan hasil bahwa pendidikan rendah pada ayah berisiko stunting pada balita^{21,22}. Pendidikan yang tinggi dapat mencerminkan pendapatan lebih tinggi dan ayah akan lebih memperhatikan gizi anak. Keluarga dengan ayah berpendidikan rendah dengan pendapatan yang rendah biasanya memiliki rumah yang tidak layak, kurang dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan dan kebersihan lingkungan kurang terjaga, selain itu konsumsi makanan tidak seimbang, keadaan ini yang dapat menghambat pertumbuhan anak. Penelitian Astari di Bogor pada tahun 2005 menemukan orang tua yang berpendidikan tinggi kemungkinan lebih

memiliki pemahaman yang lebih baik terhadap kebutuhan gizi, pertumbuhan, dan perkembangan anak dan dapat memberikan pengasuhan yang lebih baik bagi anak-anak mereka.³² Hasil ini sesuai dengan *World Health Organization (WHO) Conceptual Framework on Childhood Stunting* yang menjelaskan rendahnya praktik perawatan yang buruk dan pendidikan pengasuh yang rendah sebagai penyebab stunting pada anak¹¹.

Berdasarkan hasil analisis, pendidikan ayah juga mempunyai hubungan dengan pendidikan ibu. Ayah dengan pendidikan rendah cenderung memiliki istri dengan pendidikan rendah pula ($p < 0,05$). Pendidikan ayah berkorelasi negatif dengan banyaknya jumlah balita dalam rumah tangga. Pendidikan ayah yang lebih rendah pada umumnya mempunyai jumlah anak lebih banyak dibandingkan dengan yang berpendidikan lebih tinggi ($p < 0,05$).

Pendidikan ayah berkorelasi positif dengan pekerjaan. Hampir 73 persen ayah dengan pendidikan tidak tamat SD memiliki pekerjaan sebagai petani/nelayan/buruh. Sementara 30 persen ayah berpendidikan tamat perguruan tinggi mempunyai pekerjaan sebagai PNS/TNI. Ramli (2009) yang melakukan penelitian tentang faktor risiko stunting di Maluku Utara pada anak usia dibawah lima tahun menyatakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya stunting adalah pekerjaan ayah. Ayah yang tidak mempunyai pekerjaan merupakan salah satu faktor risiko stunting³³. Jenis pekerjaan ayah akan mempengaruhi keadaan ekonomi suatu keluarga yang pada akhirnya akan berdampak pada kondisi kesehatan anak. Dalam penelitian ini, IMT ayah termasuk salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya stunting. Ayah yang mengalami *underweight* lebih banyak yang mempunyai pekerjaan sebagai petani/nelayan/buruh dibandingkan mempunyai pekerjaan sebagai PNS/ TNI/pegawai swasta/wiraswasta. Ayah yang *underweight* berisiko 1,15 kali memiliki balita stunting pada usia 24-59 bulan. Jenis pekerjaan ayah akan memengaruhi keadaan sosial ekonomi di suatu keluarga. Kemiskinan menyebabkan asupan makanan kumulatif yang tidak memadai dan kondisi kesehatan yang buruk yang menyebabkan stunting¹⁹. Anak-anak di rumah tangga dengan status sosial ekonomi rendah cenderung kurang terpapar nutrisi yang baik, yang akan mengarah pada stunting²⁶. Kondisi sosial ekonomi yang buruk dan peningkatan risiko seperti penyakit atau praktik pemberian makan yang tidak tepat dapat menyebabkan tingkat

stunting yang tinggi¹⁷. ketersediaan pangan keluarga yang rendah mampu meningkatkan risiko 3,64 kali lebih besar untuk menghasilkan anak yang stunting dibandingkan dengan ketersediaan pangan keluarga yang baik. Rendahnya ketersediaan pangan, mengancam penurunan konsumsi makanan yang beragam dan bergizi seimbang dan aman di tingkat rumah tangga. Pada akhirnya, akan berdampak pada semakin beratnya masalah gizi masyarakat, termasuk stunting³⁴. Pendapatan keluarga yang terbatas dan akibatnya perawatan dan perhatian individu yang tidak memadai diberikan kepada anak. Anak yang terlahir dari keluarga miskin lebih berisiko mengalami stunting dibandingkan dengan yang berpendapatan menengah atau tinggi. Pengaruh kekayaan pada stunting dapat dijelaskan dengan pentingnya dalam pembelian makanan dan barang-barang konsumen yang mempromosikan dan melindungi kesehatan anak. Ibu yang berpendidikan juga akan lebih peduli terhadap kesehatan anaknya¹⁷.

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik multivariat, faktor lain yang mempengaruhi terjadinya stunting pada anak usia 24-59 bulan adalah tempat persalinan ibu. Ibu yang melahirkan di rumah lebih banyak yang melahirkan anak dengan status gizi stunting saat usia 24-59 bulan dibandingkan dengan yang melahirkan di tempat pelayanan kesehatan (RS swasta/ RS pemerintah/ klinik/ praktek bidan/Puskesmas). Ibu yang bersalin di rumah 1,63 kali memiliki balita yang mengalami stunting dibandingkan ibu yang bersalin di RS swasta. Berdasarkan hasil analisis, terdapat hubungan yang signifikan antara tempat persalinan dengan akses ke tempat pelayanan kesehatan, yaitu akses ke rumah sakit, akses ke puskesmas, dan akses ke tempat praktek tenaga kesehatan. Prevalensi stunting juga secara signifikan lebih rendah di antara anak-anak dari ibu yang memiliki akses yang baik keperawatan kesehatan seperti yang ditunjukkan oleh jumlah yang tidak memadai Kunjungan ANC, perawatan ANC oleh dokter atau bidan, dan ANC di fasilitas Kesehatan²³. Terdapat hubungan yang bermakna antara kepatuhan *antenatal care* dengan pemilihan penolong persalinan. Ibu yang tidak patuh melakukan pemeriksaan *antenatal care* berpeluang 2 kali lebih tinggi memilih dukun (tenaga non kesehatan) sebagai penolong utama persalinan dari pada ibu yang patuh melaksanakan *antenatal care*³⁵. Beberapa penelitian menyimpulkan adanya hubungan antara ANC dengan terjadinya stunting pada anak^{23,36}. Kunjungan ANC yang dilakukan

secara teratur dapat mendeteksi dini risiko kehamilan yang ada pada seorang ibu dan janinnya, terutama yang berkaitan dengan masalah gizi³⁷. Tempat persalinan bayi juga berhubungan positif dengan pendidikan dan pekerjaan orang tua. Selain itu, pendidikan ayah pun memengaruhi akses ke sarana kesehatan baik Puskesmas, rumah sakit dan praktek tenaga kesehatan. Ayah dengan pendidikan lebih tinggi mempunyai akses yang lebih mudah untuk mengunjungi sarana kesehatan. Hal ini dikarenakan ayah dengan pendidikan lebih tinggi lebih banyak yang tinggal di perkotaan dibandingkan di perdesaan ($p < 0,05$). Di perkotaan, akses menuju Puskesmas, rumah sakit dan praktek tenaga kesehatan lebih mudah dibandingkan di perdesaan. Wilayah tempat tinggal merupakan faktor risiko penting untuk terhambatnya pertumbuhan dengan tingkat secara konsisten lebih tinggi di perdesaan daripada di daerah perkotaan⁹.

Dalam rangka mengurangi dan menangani stunting, pemerintah telah mengeluarkan beberapa kebijakan dan regulasi yang diharapkan dapat berkontribusi dalam penanganan stunting yaitu telah dilakukan intervensi yang terbagi menjadi dua kerangka: intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Kerangka intervensi gizi spesifik ditujukan kepada anak dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan intervensi gizi sensitif yang melibatkan berbagai sektor di luar kesehatan yang memberikan kontribusi sebesar 70 persen dalam menurunkan angka stunting. Program percepatan pencegahan stunting tersebut diselenggarakan di seluruh kabupaten/kota secara bertahap. Pentahapan perluasan kabupaten/kota didasarkan pada prevalensi *stunting* dan jumlah penduduk miskin di setiap kabupaten³.

Keterbatasan penelitian ini adalah tidak semua variable terkait dengan anak usia 24-59 bulan dianalisis seperti kelengkapan imunisasi dasar dan lanjutan, pemantauan pertumbuhan anak dalam setahun terakhir dan kapsul vitamin A yang diterima dan dikonsumsi. Selain itu variable konsumsi makanan anak (konsumsi makanan manis, asin, berlemak/ berkolesterol/ gorengan, makanan dibakar, daging/ayam/ikan olahan dengan pengawet, bumbu penyedap, *soft drink* atau minuman berkarbonasi, konsumsi minuman berenergi, mi Instan/ makanan instan tidak dibahas dalam penulisan ini dikarenakan data yang tersedia diperuntukan untuk individu mulai usia 3 tahun (36 bulan) sementara penulisan ini menggunakan sample usia 24-59 bulan. Keterbatasan lainnya adalah variable terkait

kesehatan lingkungan yang dijadikan variable hanya jenis tempat penampungan sampah (tertutup atau tidak). Variabel tentang penanganan tinja, pemakaian air, pembuangan air limbah dari kamar mandi/tempat cuci dan dari dapur, perilaku menguras bak mandi/ember besar/drum tidak menjadi variable penelitian.

KESIMPULAN

Analisis data Riskesdas 2018 dengan sampel anak balita usia 24-59 bulan menunjukkan prevalensi stunting pada anak 24-59 bulan adalah 29,1 persen. Jumlah sampel yang dianalisis adalah 10.128 balita. Faktor risiko yang berhubungan dengan stunting pada balita 24-59 bulan adalah pendidikan ayah (AOR 1,56; 95%CI 1,22-1,99), pendidikan ibu (AOR 1,44; 95%CI 0,89-1,23) tinggi badan ibu (AOR 2,32; 95%CI 1,94-2,77), IMT ayah (AOR 1,15; 95%CI 0,98-1,36), dan tempat persalinan (AOR 1,63; 95%CI 1,35-1,96).

SARAN

Berdasarkan hasil penelitian ini, masih diperlukan adanya promosi di posyandu dan fasilitas kesehatan atau melalui media social lainnya tentang perlunya pencegahan stunting. Upaya penyuluhan tentang kesehatan dan gizi bagi calon pengantin (Catin) perlu digalakkan bersama dengan dinas terkait. Di samping itu upaya promosi melalui berbagai media atau tokoh masyarakat, lintas program, dan lintas sektor agar ibu hamil melakukan pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI yang telah memberikan ijin terhadap pengolahan data Riskesdas 2018.

RUJUKAN

1. United Nations Children's Fund (UNICEF)/ World Health Organization [WHO]/ World Bank Group. *Levels and trends in child malnutrition. Joint child malnutrition estimates key findings*. Geneva: World Health Organization, 2020.
2. Nutrition Report. The Global Nutrition Report's Independent Expert Group. *Action in equity to end malnutrition, 2020*. Bristol : Developmental Initiatives, 2020.
3. Indonesia, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). *Strategi nasional percepatan pencegahan anak kerdil (stunting) periode 2018-2024*. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia, 2018.
4. Indonesia, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). *Rencana pembangunan jangka menengah nasional 2020-2024*. Jakarta: Kementrian PPN/BAPPENAS, 2018.
5. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013.
6. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018.
7. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2007*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2007.
8. Prendergast AJ, Humphrey JH. The stunting syndrome in developing countries. *Paediatr Int Child Health*. 2014;34(4):250–265.
9. De Onis M, Branca F. Childhood stunting: A global perspective. *Matern Child Nutr*. 2016;12(suppl. 1):12–26.
10. World Health Organization (WHO). *The healthy growth project*. [cited: September 16, 2020]. Available from : <https://www.who.int/nutrition/healthygrowthproj/en>.
11. World Health Organization [WHO]. *Stunted growth and development context, causes and consequences stunted*. Jenewa: World Health Organization, 2017.
12. United Nations Children's Fund [UNICEF]. *Tracking progress on child and maternal nutrition: a survival and development priority*. New York: UNICEF, 2009.
13. Victora CG, De Onis M, Hallal PC, Blössner M, Shrimpton R. Worldwide timing of growth faltering: Revisiting implications for interventions. *Pediatrics*. 2010;125(3):473-480.

14. United Nations Children's Fund (UNICEF). *Malnutrition*. [cited: September 16, 2020]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>.
15. Lemeshow S. *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997.
16. Indonesia, Kementerian Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 2 Tahun 2020 tentang standar Antropometri Anak*. Jakarta: Dirjen Peraturan Perundang-Undangan Kementerian Hukum dan HAM, 2020.
17. Chirande L, Charwe D, Mbwana H, Victor R, Kimboka S, Issaka AI, et al. Determinants of stunting and severe stunting among under-fives in Tanzania: evidence from the 2010 cross-sectional household survey. *BMC Pediatr*. 2015;15:165-178.
18. Oktarina Z, Sudiarti T. Faktor Risiko Stunting Pada Balita (24—59 Bulan) Di Sumatera. *J Gizi dan Pangan*. 2014;8(3):177-180.
19. Nkurunziza S, Meessen B, Van Geertruyden J-P, Korachais C. Determinants of stunting and severe stunting among Burundian children aged 6-23 months: evidence from a national cross-sectional household survey, 2014. *BMC Pediatr*. 2017;17(1):176-190.
20. Rah JH, Akhter N, Semba RD, Pee SD, Bloem MW, Campbell AA, et al. Low dietary diversity is a predictor of child stunting in rural Bangladesh. *Eur J Clin Nutr*. 2010;64(12):1393-1398.
21. Sri Mugiarti, Arif Mulyadi, Agus khoirul Anam ZLN. Faktor Penyebab Anak Stunting Usia 25-60 bulan di Kecamatan Sukorejo Kota Blitar. *J Ners dan Kebidanan*. 2018; 5(3): 268-278.
22. Manggala AK, Kenwa KWM, Kenwa MML, Sakti AAGDPJ, Sawitri AAS. Risk factors of stunting in children aged 24-59 months. *Paediatr Indones*. 2018;58(5):205-212.
23. Nigusu D, Kemal F, Betela B. Determinants of Malnutrition among under-five Children: A Case of ARSI Zone Selected Woredas in Oromia Regional State, Ethiopia. *J Adv Med Med Res*. 2019;28(8):1-11.
24. Fantay Gebru K, Mekonnen Haileselassie W, Haftom Temesgen A, Oumer Seid A, Afework Mulugeta B. Determinants of stunting among under-five children in Ethiopia: A multilevel mixed-effects analysis of 2016 Ethiopian demographic and health survey data. *BMC Pediatr*. 2019;19(1):1-13.
25. Setiawan E, Machmud R, Masrul M. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang Tahun 2018. *J Kesehat Andalas*. 2018;7(2):275-284.
26. Nshimyiryo A, Hedt-Gauthier B, Mutaganzwa C, Kirk CM, Beck K, Ndayisaba A, et al. Risk factors for stunting among children under five years: a cross-sectional population-based study in Rwanda using the 2015 Demographic and Health Survey. *BMC Public Health*. 2019;19(1):175-185.
27. Abuya BA, Ciera J, Kimani-Murage E. Effect of mother's education on child's nutritional status in the slums of Nairobi. *BMC Pediatr*. 2012;12:80-90.
28. Torlesse H, Cronin AA, Sebayang SK, Nandy R. Determinants of stunting in Indonesian children: evidence from a cross-sectional survey indicate a prominent role for the water, sanitation and hygiene sector in stunting reduction. *BMC Public Health*. 2016;16:669-680.
29. Mamabolo RL, Alberts M, Steyn NP, Delemarre-van de Waal HA, Levitt NS. Prevalence and determinants of stunting and overweight in 3-year-old black South African children residing in the Central Region of Limpopo Province, South Africa. *Public Health Nutr*. 2005;8(5):501-508.
30. Hanum F, Khomsan HY. Hubungan Asupan Gizi Dan Tinggi Badan Ibu Dengan Status Gizi Anak Balita. *J Gizi dan Pangan*. 2014;9(1):1-6.
31. Addo OY, Stein AD, Fall CH, Gigante DP, Guntupalli AM, Horta BL, et al. Maternal height and child growth patterns. *J Pediatr*. 2013;163(2):549-554.
32. Astari L D, Nasoetion A DCM. Hubungan Karakteristik Keluarga, Pola Pengasuh Dan Kejadian Stunting Anak Usia 6-12 Bulan. *Media Gizi dan Keluarga*. 2015;29(2):40-46.
33. Ramli, Agho KE, Inder KJ, Bowe SJ, Jacobs J, Dibley MJ. Prevalence and risk factors for stunting and severe stunting among under-fives in North Maluku province of Indonesia. *BMC Pediatr*. 2009;9:64-74.
34. Kusumawati E, Rahardjo S, Sari HP. Model Pengendalian Faktor Risiko Stunting pada Anak Usia di Bawah Tiga Tahun. *J Kesehat Masy*. 2013;9(3):249-256.

35. Juana S, Nurdiati DS, Triratnawati A. Kepatuhan antenatal care dan pemilihan penolong persalinan di Natuna. Compliance of antenatal care and election of birth helpers in Natuna. *Berita Kedokteran Masy.* 2016;32:467–472.
36. Amini A. *Hubungan kunjungan antenatal care (anc) dengan kejadian stunting pada balita usia 12-59 bulan di Kabupaten Lombok Utara Provinsi NTB Tahun 2016.* Naskah publikasi. Yogyakarta: Universitas Aisyiyah, 2016.
37. Aguayo VM, Badgaiyan N, Paintal K. Determinants of child stunting in the Royal Kingdom of Bhutan: An in-depth analysis of nationally representative data. *Matern Child Nutr.* 2015;11(3):333–345.