

**TESIS**

**ANALISIS DETERMINAN KEJADIAN STUNTING  
PADA ANAK BADUTA (USIA 0-23 BULAN) DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS KATUMBANGAN KABUPATEN POLEWALI MANDAR  
TAHUN 2022**

**ANALYSIS OF THE DETERMINANTS OF STUNTING IN CHILDREN  
UNDER-TWO (AGED 0-23 MONTHS) IN THE WORKING AREA OF THE  
KATUMBANGAN HEALTH CENTER, POLEWALI MANDAR DISTRICT  
IN 2022**

**Disusun dan diajukan oleh**

**NURUL IFFA SAFITRI  
K012211068**



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2023**

**ANALISIS DETERMINAN KEJADIAN STUNTING  
PADA ANAK BADUTA (USIA 0-23 BULAN) DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS KATUMBANGAN KABUPATEN POLEWALI MANDAR  
TAHUN 2022**

**Tesis**

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi S2  
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Disusun dan diajukan oleh:

**NURUL IFFA SAFITRI**

**Kepada**

**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2023**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ANALISIS DETERMINAN KEJADIAN STUNTING PADA  
ANAK BADUTA (USIA 0-23 BULAN) DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS KATUMBANGAN KABUPATEN POLEWALI MANDAR  
TAHUN 2022**

Disusun dan diajukan oleh

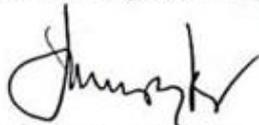
**NURUL IFFA SAFITRI**

**K012211068**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 1 Agustus 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,



Prof. Dr. Nur Nasry Noor, MPH  
NIP. 193909091964031

Pembimbing Pendamping,



Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes  
NIP. 19760407 200501 1 004

Dekan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat



Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, Ph.D  
NIP. 19720529 200112 1 001

Ketua Program Studi S2  
Ilmu Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. Ridwan, SKM, M.Kes, M.Sc. PH.  
NIP. 19671227 199212 1 001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurul Iffa Safitri  
NIM : K012211068  
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

**ANALISIS DETERMINAN KEJADIAN STUNTING PADA ANAK  
BADUTA (USIA 0-23 BULAN) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
KATUMBANGAN KABUPATEN POLEWALI MANDAR TAHUN 2022**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Agustus 2023

Yang menyatakan



Nurul Iffa Safitri

## ABSTRAK

**NURUL IFFA SAFITRI.** *Analisis Determinan Kejadian Stunting pada Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022* (Dibimbing oleh Nur Nasry Noor dan Wahiduddin).

Hasil studi status gizi Indonesia tingkat kabupaten tahun 2021 menunjukkan Kabupaten Polewali Mandar memiliki prevalensi stunting tertinggi di Provinsi Sulawesi Barat sebesar 36% dengan persentase tertinggi balita pendek dilaporkan Puskesmas Katumbangan (42,6%). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko yang paling dominan terhadap kejadian stunting pada anak usia 0-23 bulan.

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan dengan desain studi *case control*. Sampel kasus, yaitu seluruh anak stunting (118 anak) dan sampel kontrol (status gizi normal) menggunakan purposive sampling (118 anak). Penelitian ini menggunakan data sekunder dari e-PPGBM, kemudian dianalisis dengan uji *odd ratio* dan regresi logistik pada aplikasi Stata.

Hasil analisis univariat menunjukkan anak yang stunting lebih banyak pada laki-laki (62,7%) dan pada kelompok umur 12-17 bulan (39%). Hasil analisis bivariat diperoleh riwayat ibu hamil KEK (OR=3,142 dengan 95% CI, 1,122-10,072), riwayat BBLR (OR=5,963 dengan 95% CI, 1,251-56,216) dan pemberian ASI eksklusif (OR=2,099 dengan 95% CI, 0,984-4,613). Hasil analisis regresi logistik menunjukkan faktor risiko yang paling dominan terhadap kejadian stunting pada anak usia 0-23 bulan, yaitu riwayat BBLR. Direkomendasikan kepada ibu untuk memperhatikan pemenuhan gizi pada masa kehamilan untuk mengurangi risiko kelahiran BBLR dan memerhatikan kecukupan gizi anak sesuai kebutuhannya selama masa pertumbuhan terutama pada bayi dengan BBLR.

**Kata kunci:** Stunting, BBLR, Anak, Faktor Risiko, Gizi



## ABSTRACT

**NURUL IFFA SAFITRI.** *Determinants Analysis Of Stunting In Children Under Two (Aged 0-23 Months) In The Working Area Of The Katumbangan Health Center, Polewali Mandar District In 2022* (Supervised by **Nur Nasry Noor** and **Wahiduddin**).

The results of Indonesian nutritional status study at the regency level in 2021 indicated that Polewali Mandar had the highest prevalence of stunting in West Sulawesi Province at 36% with the highest percentage of stunted toddlers being reported by Katumbangan Health Center (42.6%). This study aims to determine the most dominant risk factors for stunting in children aged 0-23 months.

The study took place within the operational area of Katumbangan Health Center and utilized a case-control design. Sampling involved selecting all stunted children (118 children) as cases and equal number of control samples (normal nutritional status) through purposive sampling. Secondary data from e-PPGBM was utilized, and the analysis included applying the odds ratio test and logistic regression using Stata software.

The results of univariate analysis showed that most of the respondents were male (62.7%) and in the age group of 12-17 months (39%). The findings indicated that CED in pregnancy (OR=3.142 with 95% CI, 1.122-10.072), LBW history (OR=5.963 with 95% CI, 1.251-56.216) and exclusive breastfeeding (OR=2.099 with 95% CI, 0.984-4.613). LBW history is the main risk factor for stunting in children 0-23 months old. It is recommended for mothers to pay more attention to the fulfillment of nutrition during pregnancy to reduce the risk of low birth weight (LBW) and ensure that children receive adequate nutritional intake during the critical period of growth, particularly for infants with LBW.

**Keywords:** Stunting, Low Birth Weight, Infant, Risk Factors, Nutrition



## PRAKATA

Bismillahirrahmaanirrahim

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji dan syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “**Analisis Determinan Kejadian Stunting pada Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022**”. Penulis menyadari bahwa terselesainya tesis ini tidak lepas dari bimbingan dosen pembimbing dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada orang tua, Ayahanda Ahmad Rahman, Ibunda Jauhar dan Kakak Muh.Iqbal Ahmad yang selalu mendoakan, memberikan motivasi dan perhatian. Dengan segala hormat, penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Nur Nasry Noor, MPH selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan dan masukan serta dukungan dalam penulisan tesis ini.
2. Bapak Dr. Wahiduddin, SKM, M.Kes selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan, saran dan motivasi dalam proses penyusunan tesis ini.
3. Prof.Dr.Ridwan, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, Prof.Dr.Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes dan Dr.Balqis, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, sebagai dosen penguji

yang telah memberikan berbagai saran dan masukan sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

4. Ibu Susdwiastuti, SKM, M.Kes selaku pengelola program gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Polman dan Kak Ade Annisa Magfirah selaku pengelola Gizi Puskesmas Katumbangan yang telah memberikan bantuan, saran dan dukungan dalam pelaksanaan penelitian tesis ini.
5. Sahabat saya tersayang Emy, Audya, Nisa, Mita, Nira, Ulfa, Yuyu, Wilis, Novia, Novi, Dedew, Ummu, Ain serta sahabat saya lainnya yang selalu memberikan motivasi kepada saya.
6. Semua pihak yang telah membantu penyusunan tesis ini.

Saya menyadari bahwa tesis ini masih memiliki banyak kekurangan. Untuk itu, saran dan masukan yang bersifat membangun sangat diharapkan demi perbaikan pada penelitian selanjutnya. Akhir kata Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, Agustus 2023

Nurul Iffa Safitri

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	Error! Bookmark no
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>v</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian .....	10
D. Manfaat Penelitian .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>13</b>
A. Tinjauan Umum Tentang Stunting.....	13
B. Tinjauan Umum Tentang Gerakan 1000 HPK.....	21
C. Tinjauan Umum Tentang Kekurangan Energi Kronis (KEK) .	24
D. Tinjauan Umum Tentang Berat Badan Lahir Rendah .....	25
E. Tinjauan Umum Tentang Inisiasi Menyusui Dini (IMD) .....	27
F. Tinjauan Umum Tentang Air Susu Ibu (Asi).....	28
G. Tinjauan Umum Tentang Suplementasi Vitamin A.....	31
H. Tabel Sintesa .....	32
I. Kerangka Teori .....	39
J. Kerangka Konsep.....	41
K. Hipotesis Penelitian.....	41
L. Definisi Operasional .....	42

<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	47
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	48
C. Populasi dan Sampel .....	48
D. Teknik Pengambilan Sampel .....	50
E. Cara Pengumpulan Data.....	51
F. Pengolahan Data .....	52
G. Analisis Data .....	52
H. Penyajian Data.....	55
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>56</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	56
B. Hasil Penelitian .....	58
C. Pembahasan .....	69
D. Keterbatasan Penelitian .....	86
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>87</b>
A. Kesimpulan .....	87
B. Saran .....	88
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>90</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak.....	18
Tabel 2. Standar Panjang Badan Menurut Umur (PB/U) .....	18
Tabel 3. Standar Panjang Badan Menurut Umur (PB/U) .....	19
Tabel 4. Intervensi Gizi Spesifik Pencegahan Stunting.....	20
Tabel 5. Intervensi Gizi Sensitif Pencegahan Stunting .....	21
Tabel 6. Tabel Sintesa Determinan Kejadian Stunting pada Balita.....	32
Tabel 7. Perhitungan Nilai OR untuk Desain Case Control .....	53
Tabel 8. Distribusi Berdasarkan Karakteristik Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022 .....	59
Tabel 9. Distribusi Berdasarkan Panjang Badan Lahir pada Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022 .....	59
Tabel 10. Distribusi Berdasarkan Determinan Stunting pada Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022 .....	60
Tabel 11. Distribusi Berdasarkan Konsumsi VitaminA pada Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022 .....	61
Tabel 12. Hasil Analisis Bivariat Riwayat Ibu Hamil KEK dengan Kejadian Stunting pada Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022 .....	62
Tabel 13. Hasil Analisis Bivariat Riwayat BBLR dengan Kejadian Stunting pada Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022.....	63

Tabel 14. Hasil Analisis Bivariat Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting pada Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022 .....	64
Tabel 15. Variabel Kandidat Model Regresi Logistik terhadap Kejadian Stunting pada Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022 .....	66
Tabel 16. Hasil Analisis Regresi Logistik (Model 1) terhadap Kejadian Stunting pada Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022.....	67
Tabel 17. Hasil Analisis Regresi Logistik (Model 2) terhadap Kejadian Stunting pada Anak Baduta (Usia 0-23 Bulan) di Wilayah Kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022.....	67

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 1. Kerangka Teori Faktor-Faktor Penyebab dan Dampak Stunting pada Anak (WHO, 2014).....	39
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian.....	41
Gambar 3. Rancangan Penelitian Analisis Determinan Kejadian Stunting pada Baduta (usia 0-23 bulan) .....	47
Gambar 4. Bagan Sampling Penelitian .....	51

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran

Lampiran 1. Rekomendasi Etik Penelitian

Lampiran 2. Permohonan Data Awal

Lampiran 3. Izin Penelitian

Lampiran 4. Hasil Analisis Univariat, Bivariat dan Multivariat

Lampiran 5. Dokumentasi

Lampiran 6. Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ASI	: Air Susu Ibu
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
e-PPGBM	: Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat
HPK	: Hari Pertama Kehidupan
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IUGR	: <i>Intra Uterine Growth Retardation</i>
KEK	: Kekurangan Energi Kronis
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MP-ASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
OR	: <i>Odds Ratio</i>
CI	: <i>Confidence Interval</i>
SSGBI	: Survei Status Gizi Balita Terintegrasi
SSGI	: Studi Status Gizi Indonesia
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WUS	: Wanita Usia Subur

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh seluruh pihak dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat merupakan investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. (Kementerian Kesehatan, 2009). Sasaran pembangunan kesehatan yang hendak dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya umur harapan hidup, menurunnya AKI, menurunnya AKB, dan menurunnya prevalensi undernutrisi pada balita. Salah satu arah kebijakan nasional pembangunan kesehatan ialah percepatan perbaikan gizi masyarakat untuk pencegahan dan penanggulangan permasalahan gizi ganda (Kementerian Kesehatan, 2020).

Masalah gizi yang sering dihadapi anak usia dini adalah stunting, yang berdampak buruk terhadap kualitas hidup anak dalam mencapai tumbuh kembang yang optimal sesuai dengan potensi genetiknya (WHO, 2010 dalam Mediani, 2020). Kondisi gagal tumbuh pada anak balita disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu

lama serta terjadinya infeksi berulang dan kedua faktor ini dipengaruhi pola asuh yang tidak memadai terutama pada 1000 HPK. Anak termasuk kategori stunting apabila hasil pengukuran antropometri dari panjang atau tinggi badan pada usianya di bawah -2 SD (*The Global Nutrition Report, 2018*).

Secara global, prevalensi stunting tahun 2017 dilaporkan sekitar 151 juta (22,2%) balita menderita stunting, menurun menjadi 149 juta (21,9%) tahun 2018, dan pada tahun 2019 menurun kembali menjadi 144 juta (21,3%) (WHO, Unicef and World Bank, 2018, 2019, 2020). Namun, pada tahun 2020, jumlah balita stunting di dunia mengalami peningkatan sekitar 149,2 juta (22%). Angka-angka ini dapat meningkat secara substansial karena kendala dalam mengakses makanan bergizi dan layanan nutrisi selama masa pandemi COVID-19. Lebih dari separuh anak balita yang menderita stunting tinggal di Asia dan dua dari lima anak tinggal di Afrika pada tahun 2020. Data yang dilaporkan di WHO juga menunjukkan bahwa dari seluruh anak yang stunting, terdapat 25% yang tinggal di negara dengan pendapatan rendah, 59% tinggal di negara dengan pendapatan menengah kebawah dan 14% di negara dengan pendapatan menengah keatas dan 2% tinggal di negara dengan berpenghasilan tinggi (WHO, Unicef and World Bank, 2021).

Indonesia menempati urutan kelima sebagai negara dengan prevalensi stunting terbesar pada balita. Data Riskesdas menunjukkan

angka prevalensi stunting di Indonesia, yaitu sebesar 36,8% pada tahun 2007, kemudian tahun 2010 menurun menjadi 35,6% dan pada tahun 2013 meningkat menjadi 37,2% (18% sangat pendek dan 19,2% pendek). Namun, pada tahun 2018, prevalensi balita stunting menurun menjadi 30,8% (Pusdatin Kemenkes, 2020). Hasil Survei Status Gizi Balita Terintegrasi (SSGBI) oleh Balitbangkes Kemenkes RI tahun 2019, diketahui bahwa prevalensi stunting tertinggi terdapat di Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Barat dan Nusa Tenggara Barat masing-masing sebesar 43,82%, 40,38%, dan 37,85% (Kementerian Kesehatan, 2021).

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2010-2018, menunjukkan prevalensi status gizi (TB/U) pada balita di Provinsi Sulawesi Barat, yaitu sebesar 41,6% pada tahun 2010, kemudian meningkat menjadi 48% pada tahun 2013 dan menurun menjadi 41,6% (16,2% sangat pendek dan 25,4% pendek) pada tahun 2018 (BPPK Kemenkes RI, 2010, 2013, 2019). Angka prevalensi balita stunting Provinsi Sulawesi Barat masih sangat tinggi jika dibandingkan dengan angka prevalensi nasional sebesar 27,67% pada tahun 2019. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021 menunjukkan bahwa berdasarkan data e-PPGBM, Provinsi Sulawesi Barat merupakan provinsi dengan persentase *stunted* tertinggi pada baduta sebesar 2,7% sangat pendek dan 5,6% pendek, dan pada balita sebesar 2,5% sangat pendek dan 7% pendek (Kemenkes RI, 2021).

Hasil studi status gizi Indonesia (SSGI) tingkat kabupaten/kota tahun 2021 menunjukkan dari enam kabupaten yang terdapat di Provinsi Sulawesi Barat, Kabupaten Polewali Mandar memiliki prevalensi stunting tertinggi sebesar 36%. Angka prevalensi tersebut masih diatas ambang batas prevalensi stunting yang ditetapkan oleh WHO sebesar 20%. Hal ini menunjukkan stunting masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di kabupaten tersebut.

Stunting berkorelasi dengan tingkat *intelligence quotient* (IQ). Stunting dapat mempengaruhi perkembangan otak sehingga tingkat kecerdasan anak tidak maksimal. Hal ini berisiko menurunkan produktivitas dan meningkatkan risiko anak menderita penyakit kronis di masa dewasanya (Bappenas, 2018). Pengaruh stunting terhadap perkembangan kognitif dan nonkognitif akan dirasakan pada masa pra sekolah hingga remaja (Hizma, 2018 dalam Julianti and Elni, 2020).

Berdasarkan kerangka penyebab masalah gizi "*the conceptual framework of the determinants of child undernutrition dan the underlying drivers of malnutrition*", pencegahan stunting perlu dititik beratkan pada penanganan dari aspek penyebab langsung dan tidak langsung dari masalah gizi. Penyebab langsung mencakup kurangnya asupan gizi dan penyakit infeksi. Adapun penyebab tidak langsung, yakni ketahanan pangan (akses pangan bergizi), lingkungan sosial (pemberian makanan bayi dan anak, kebersihan pendidikan dan tempat kerja), lingkungan kesehatan (akses pelayanan kesehatan)

dan lingkungan pemukiman (akses air bersih, air minum dan sarana sanitasi) (TNP2K, 2018).

Efektifitas kebijakan program pencegahan stunting bergantung pada sasaran program yang memprioritaskan ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan atau pada periode emas (1.000 HPK). Masa yang sangat kritis bagi pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh status gizi pada periode tersebut (Muthia, Edison and Yantri, 2019). Diperkirakan sebesar 48,9% ibu hamil di Indonesia mengalami anemia dan sebagian lainnya mengalami kekurangan energi kronis (KEK) (TNP2K, 2018). Hasil penelitian yang dilakukan Ruaida and Soumokil (2018) menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara ibu hamil dengan riwayat KEK dengan kejadian stunting pada balita di wilayah kerja Puskesmas Tawiri Kota Ambon. Namun penelitian yang dilakukan Fitriani *et al.*, (2022) menunjukkan hasil berbeda, yaitu tidak ada hubungan antara riwayat KEK ibu dengan kejadian stunting di Kabupaten Pidie, Aceh.

Ibu hamil yang mengalami KEK dapat meningkatkan risiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), yang merupakan salah satu penyebab utama stunting sekitar 6,2% (TNP2K, 2018). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Supriyanto, Paramashanti and Astiti, (2017) menunjukkan bahwa anak dengan riwayat kelahiran BBLR memiliki risiko 6,16 kali lebih besar untuk mengalami stunting dibandingkan anak dengan riwayat kelahiran

normal di Kecamatan Sedayu Kabupaten Bantul. Namun hasil penelitian berbeda diperoleh Nofai and Abdullah (2021) yang menunjukkan bahwa secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara riwayat berat badan lahir dengan kejadian stunting pada balita di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Kota Banjarmasin.

Faktor risiko stunting dari aspek menyusui, yaitu praktek inisiasi menyusui dini (IMD). IMD yang dilakukan pada anak segera setelah lahir sangat penting untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi sejak lahir. IMD yang tidak terlaksana dapat menjadi salah satu faktor risiko stunting (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Suryanegara *et al.*, (2020) menunjukkan bahwa ada hubungan antara inisiasi menyusui dini dengan kejadian stunting pada balita di Desa Cilembu Kecamatan Pamulihan. Penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian Windasari, Syam and Kamal (2020) bahwa secara statistik terdapat hubungan yang signifikan antara IMD dengan kejadian stunting di wilayah kerja Puskesmas Tamalate. Namun hasil penelitian berbeda diperoleh Yuliastini, Sudiarti and Sartika (2020) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara IMD dengan kejadian stunting pada balita di Kecamatan Babakan Madang, Jawa Barat.

Faktor risiko stunting lainnya, yaitu pemberian ASI eksklusif, MP-ASI dan pola asuh terutama pada periode 0-23 bulan. Ketiga faktor tersebut jika dilakukan secara tidak tepat dapat mengganggu

tumbuh kembang anak. Berdasarkan Riskesdas tahun 2013 bahwa penurunan tumbuh kembang anak merupakan akibat dari buruknya pola makan bayi dan anak. Hal ini menyebabkan terjadinya peningkatan prevalensi stunting dari 29% (0-6 bulan), ke 39% (6-11 bulan) dan menjadi 42% (usia 24-35 bulan) (TNP2K, 2018). Penelitian yang dilakukan Wardita, Suprayitno and Kurniyati (2021) menemukan bahwa pola asuh dan pemberian ASI eksklusif berpengaruh terhadap kejadian stunting pada balita di Kecamatan Saronggi Kabupaten Sumenep. Namun, penelitian yang dilakukan Susanti, Sulistyani and Rohmawati (2021) menunjukkan tidak ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita usia 24-59 bulan di Kecamatan Pujer Kabupaten Bondowoso.

Pemenuhan gizi anak setelah berusia 6 bulan tidak cukup hanya pemberian ASI, tetapi memerlukan makanan pendamping untuk memenuhi kebutuhannya. Anak usia 6-23 bulan harus mendapatkan MP-ASI yang adekuat dengan ketentuan dapat menerima minimal 4 atau lebih dari 7 jenis makanan (serelia/umbi-umbian, kacang-kacangan, produk olahan susu, telur, sumber protein lainnya, sayur dan buah kaya vitamin A, sayur dan buah lainnya- *minimum dietary diversity* (MDD) (Kemenkes RI, 2018). Untuk itu, salah satu program pemerintah dalam pemenuhan gizi balita ialah mendorong pemberian kapsul vitamin A pada balita. Defisiensi vitamin A dapat menyebabkan kegagalan pertumbuhan (Silaban,

Rahmadhani and Sugiman, 2022). Hasil penelitian yang dilakukan Rimawati, Yanti and Aryastuti (2021) menunjukkan bahwa ada hubungan antara konsumsi kapsul vitamin A dengan kejadian stunting pada baduta di Puskesmas Sangkrah Kota Surakarta. Namun penelitian yang dilakukan Agustina, Utami and Asriwati (2020) memperoleh hasil yang berbeda, yaitu secara statistik tidak ada hubungan antara pemberian vitamin A dengan kejadian stunting pada balita di wilayah kerja Puskesmas Sigambal.

Penurunan prevalensi stunting pada balita merupakan sasaran pokok RPJMN 2020-2024. Berdasarkan Permenkes 21 tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024, target penurunan prevalensi stunting di Indonesia ialah 14% pada tahun 2024 (Kementerian Kesehatan, 2020). Untuk mencapai target tersebut, pemerintah melakukan upaya percepatan perbaikan gizi melalui intervensi gizi spesifik dan sensitif secara terpadu dan saling bersinergi. Intervensi gizi spesifik adalah intervensi yang dilakukan oleh sektor kesehatan yang ditujukan langsung kepada sasaran 1000 HPK dan bersifat jangka pendek. Sedangkan intervensi gizi sensitif, yaitu berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan yang sasarannya masyarakat umum. Intervensi gizi spesifik berkontribusi sebesar 30% bagi perbaikan gizi, sedangkan intervensi gizi sensitif sebesar 70% (Kemenkes RI, 2020b).

Penurunan prevalensi stunting merupakan salah satu prioritas pembangunan kesehatan di Kabupaten Polewali Mandar. Survei awal yang dilakukan dengan penanggungjawab program gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten Polman, persentase stunting berdasarkan data e-PPGBM pada tahun 2019 sebesar 24,1%, menurun menjadi 21,6% pada tahun 2020 dan pada tahun 2021 meningkat menjadi 23,8%. Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Polman Tahun 2021, puskesmas yang melaporkan persentase balita pendek (TB/U) usia 0-59 bulan tertinggi di Kabupaten Polman ialah Puskesmas Katumbangan sebesar 42,6%. Adapun data e-PPGBM Kabupaten Polman per Agustus tahun 2022 menunjukkan bahwa dari 37,9% kasus stunting usia 0-59 bulan di Puskesmas Katumbangan, terdapat sebesar 24,3% kasus stunting terjadi pada usia 0-23 bulan.

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui determinan kejadian stunting pada baduta di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan dalam penentuan kebijakan pencegahan dan penanganan stunting di wilayah tersebut.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dari penelitian ini berdasarkan latar belakang diatas, yaitu berapa besar risiko determinan kejadian stunting pada

anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2022?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui determinan kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran karakteristik anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.
- b. Untuk mengetahui besar risiko riwayat ibu hamil KEK terhadap kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.
- c. Untuk mengetahui besar risiko riwayat BBLR terhadap kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.
- d. Untuk mengetahui besar risiko inisiasi menyusui dini terhadap kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.

- e. Untuk mengetahui besar risiko pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.
- f. Untuk mengetahui besar risiko konsumsi vitamin A terhadap kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.
- g. Untuk menganalisis faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Ilmiah**

Hasil penelitian ini untuk menambah khasanah keilmuan terkait pelayanan kesehatan berkaitan stunting dan sebagai tambahan referensi bagi peneliti selanjutnya yang melakukan penelitian yang sama.

##### **2. Manfaat bagi Institusi**

Hasil penelitian sebagai salah satu sumber informasi yang dapat dijadikan bahan pertimbangan atau masukan bagi institusi dalam penentuan kebijakan dalam upaya pencegahan stunting.

### 3. Manfaat bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu sumber informasi bagi masyarakat terkait faktor yang berperan terhadap kejadian stunting dan secara sadar turut andil dalam melakukan upaya pencegahan stunting sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang dengan baik yang berdampak pada terciptanya generasi yang produktif.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Stunting**

##### **1. Definisi Stunting**

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 pada periode 1.000 hari pertama kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Stunting adalah kondisi tinggi badan seseorang lebih pendek dibandingkan orang lain pada usianya. Stunted (*short stature*) atau tinggi/panjang badan terhadap umur yang rendah digunakan sebagai indikator malnutrisi kronik yang menggambarkan riwayat kurang gizi balita dalam jangka waktu lama (Sudargo, 2010 dalam Rahayu *et al.*, 2018).

##### **2. Faktor Risiko Stunting**

Faktor risiko stunting berdasarkan teori dan kerangka konsep yang dijabarkan oleh WHO melalui kerangka konsekuensi, penyebab dan kontekstual stunting, diklasifikasikan dalam 5 faktor yang berkontribusi terhadap kejadian stunting, yaitu: faktor rumah tangga dan keluarga, faktor makanan pendamping ASI yang tidak memadai, faktor praktek pemberian ASI yang tidak memadai, faktor penyakit infeksi dan faktor sosial dan masyarakat. Faktor rumah tangga dan keluarga meliputi kekurangan gizi selama pra konsepsi,

kehamilan dan menyusui, perawakan ibu yang pendek, penyakit infeksi, kehamilan remaja, kesehatan mental, IUGR dan kelahiran prematur, jarak kelahiran yang pendek, hipertensi, aktivitas dan stimulasi yang tidak baik pada anak, perawatan yang buruk, sanitasi dan persediaan air yang tidak memadai, kerawanan pangan, alokasi makan dalam rumah tangga yang tidak sesuai, dan pendidikan pengasuh yang rendah. Penelitian Stewart et.al (2013) juga menambahkan faktor kekayaan keluarga, perawakan ayah pendek, orang tua merokok dan banyaknya anggota rumah tangga termasuk dalam faktor risiko stunting dari aspek rumah tangga dan keluarga.

Faktor selanjutnya, yaitu makanan pendamping ASI yang tidak memadai yang terbagi dalam tiga aspek. Aspek pertama, yakni makanan berkualitas buruk meliputi kekurangan nutrisi mikronutrien yang mungkin timbul dari makanan yang tidak beragam, asupan makanan sumber hewani yang terbatas atau tidak sama sekali, kandungan anti nutrisi dan rendahnya kandungan energy pada makanan pendamping. Kedua terkait praktik yang tidak memadai meliputi pemberian makanan yang jarang dan terlalu encer dengan kepadatan energi yang rendah, pemberian makanan yang tidak memadai selama dan setelah sakit, pemberian makanan dalam jumlah yang tidak mencukupi dan tidak responsif. Ketiga, yaitu keamanan pangan dan air, terutama

berkaitan dengan jalur infeksi yang dapat menghambat pertumbuhan termasuk melalui kontaminan anorganik dan polutan. Praktik kebersihan rumah tangga yang tidak aman dalam hal perilaku mencuci tangan, sumber dan penyimpanan air tidak aman dan kondisi sanitasi yang buruk juga faktor yang berkontribusi terhadap stunting. Persiapan dan penyimpanan makanan yang tidak aman juga dapat meningkatkan risiko kontaminasi.

Faktor praktek pemberian ASI yang tidak memadai meliputi menunda IMD (inisiasi menyusui dini), tidak ASI eksklusif dan menghentikan pemberian ASI terlalu dini. Praktek menyusui memiliki efek langsung pada kesehatan bayi baru lahir. Selain itu, penghentian secara dini pemberian ASI dapat menyebabkan pertumbuhan terhambat melalui beberapa jalur termasuk asupan energi yang tidak memadai, kekurangan nutrisi, dan penghapusan kekebalan pasif yang tersedia dalam ASI.

Faktor penyakit infeksi dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak terhambat. Penyakit diare, infeksi saluran pernapasan, malaria, demam, dan infeksi kecacingan diketahui sebagai determinan yang bekerja dengan berbagai cara melalui peradangan dan pengalihan nutrisi, penyerapan atau kehilangan. Selain itu, status imunisasi lengkap atau tidak lengkap juga menjadi perhatian mengingat imunisasi

penting untuk membentuk sistem imun pada anak balita sehingga tidak mudah terinfeksi penyakit.

Faktor lainnya yakni dari aspek sosial dan masyarakat meliputi harga pangan dan kebijakan perdagangan, peraturan pemasaran, stabilitas politik, kemiskinan, pendapatan dan kekayaan, layanan keuangan, lapangan kerja dan mata pencaharian, akses ke layanan kesehatan, penyedia layanan kesehatan yang berkualitas, ketersediaan pasokan, sistem dan kebijakan layanan kesehatan, akses ke pendidikan berkualitas, guru berkualitas, pendidikan kesehatan yang berkualitas, infrastruktur (sekolah dan lembaga pelatihan), kepercayaan dan norma, jaringan dan dukungan sosial, pengasuh anak (orang tua dan bukan orang tua), status wanita, proses dan produksi makanan, ketersediaan makanan kaya mikronutrien, keamanan dan kualitas pangan, infrastruktur dan layanan air dan sanitasi, kepadatan penduduk, perubahan iklim dan urbanisasi (Stewart *et al.*, 2013).

### 3. Dampak Stunting

*World Health Organization* membagi dampak yang ditimbulkan dari stunting menjadi dua kategori, yaitu dampak jangka pendek dan jangka panjang. Dampak stunting jangka pendek dapat menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas, penurunan perkembangan kognitif, keterampilan motorik, dan bahasa, serta

peningkatan pengeluaran biaya kesehatan. Untuk dampak jangka panjang menyebabkan perawakan pendek, peningkatan risiko obesitas, penurunan kesehatan reproduksi, penurunan prestasi, kemampuan belajar, serta penurunan kemampuan dan kapasitas kerja (Susilowati, Yuni Astria S, 2019).

#### 4. Diagnosis dan Klasifikasi Stunting

Pengukuran status stunting dilakukan berdasarkan pengukuran antropometri panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U). Panjang badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada kondisi normal, panjang badan tumbuh seiring pertambahan umur. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap panjang badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Untuk pengukuran tinggi badan dilakukan menggunakan alat ukur tinggi stadiometer Holtain/mikrotoise (bagi balita yang bisa berdiri) atau *baby length board* (bagi balita yang belum bisa berdiri) (Rahayu *et al.*, 2018).

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 2 Tahun 2020 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak, stunting merupakan status gizi yang didasarkan pada indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) dengan z score  $< -2$  SD (standar deviasi) (Kemenkes RI, 2020c). Berikut kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan PB/U atau TB/U.

**Tabel 1. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak**

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat Pendek (Severely Stunted)	<-3 SD
	Pendek (Stunted)	-3 SD s/d <-2 SD
	Normal	-2 SD s/d +3 SD
	Tinggi	> + 3 SD

Sumber : Kemenkes RI, 2020

**Tabel 2. Standar Panjang Badan Menurut Umur (PB/U) Anak Laki-Laki Umur 0-24 Bulan**

Umur (bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0	44,2	46,1	48,0	49,9	51,8	53,7	55,6
1	48,9	50,8	52,8	54,7	56,7	58,6	60,6
2	52,4	54,4	56,4	58,4	60,4	62,4	64,4
3	55,3	57,3	59,4	61,4	63,5	65,5	67,6
4	57,6	59,7	61,8	63,9	66,0	68,0	70,1
5	59,6	61,7	63,8	65,9	68,0	70,1	72,2
6	61,2	63,3	65,5	67,6	69,8	71,9	74,0
7	62,7	64,8	67,0	69,2	71,3	73,5	75,7
8	64,0	66,2	68,4	70,6	72,8	75,0	77,2
9	65,2	67,5	69,7	72,0	74,2	76,5	78,7
10	66,4	68,7	71,0	73,3	75,6	77,9	80,1
11	67,6	69,9	72,2	74,5	76,9	79,2	81,5
12	68,6	71,0	73,4	75,7	78,1	80,5	82,9
13	69,6	72,1	74,5	76,9	79,3	81,8	84,2
14	70,6	73,1	75,6	78,0	80,5	83,0	85,5
15	71,6	74,1	76,6	79,1	81,7	84,2	86,7
16	72,5	75,0	77,6	80,2	82,8	85,4	88,0
17	73,3	76,0	78,6	81,2	83,9	86,5	89,2
18	74,2	76,9	79,6	82,3	85,0	87,7	90,4
19	75,0	77,7	80,5	83,2	86,0	88,8	91,5
20	75,8	78,6	81,4	84,2	87,0	89,8	92,6
21	76,5	79,4	82,3	85,1	88,0	90,9	93,8
22	77,2	80,2	83,1	86,0	89,0	91,9	94,9
23	78,0	81,0	83,9	86,9	89,9	92,9	95,9
24*	78,7	81,7	84,8	87,8	90,9	93,9	97,0

Keterangan: \*Pengukuran panjang badan dilakukan dalam keadaan anak telentang

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2020a

**Tabel 3. Standar Panjang Badan Menurut Umur (PB/U)  
Anak Perempuan Umur 0-24 Bulan**

Umur (bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0	43,6	45,4	47,3	49,1	51,0	52,9	54,7
1	47,8	49,8	51,7	53,7	55,6	57,6	59,5
2	51,0	53,0	55,0	57,1	59,1	61,1	63,2
3	53,5	55,6	57,7	59,8	61,9	64,0	66,1
4	55,6	57,8	59,9	62,1	64,3	66,4	68,6
5	57,4	59,6	61,8	64,0	66,2	68,5	70,7
6	58,9	61,2	63,5	65,7	68,0	70,3	72,5
7	60,3	62,7	65,0	67,3	69,6	71,9	74,2
8	61,7	64,0	66,4	68,7	71,1	73,5	75,8
9	62,9	65,3	67,7	70,1	72,6	75,0	77,4
10	64,1	66,5	69,0	71,5	73,9	76,4	78,9
11	65,2	67,7	70,3	72,8	75,3	77,8	80,3
12	66,3	68,9	71,4	74,0	76,6	79,2	81,7
13	67,3	70,0	72,6	75,2	77,8	80,5	83,1
14	68,3	71,0	73,7	76,4	79,1	81,7	84,4
15	69,3	72,0	74,8	77,5	80,2	83,0	85,7
16	70,2	73,0	75,8	78,6	81,4	84,2	87,0
17	71,1	74,0	76,8	79,7	82,5	85,4	88,2
18	72,0	74,9	77,8	80,7	83,6	86,5	89,4
19	72,8	75,8	78,8	81,7	84,7	87,6	90,6
20	73,7	76,7	79,7	82,7	85,7	88,7	91,7
21	74,5	77,5	80,6	83,7	86,7	89,8	92,9
22	75,2	78,4	81,5	84,6	87,7	90,8	94,0
23	76,0	79,2	82,3	85,5	88,7	91,9	95,0
24*	76,7	80,0	83,2	86,4	89,6	92,9	96,1

*Keterangan: \*Pengukuran panjang badan dilakukan dalam keadaan anak telentang*

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2020a

## 5. Pencegahan Stunting

Upaya pencegahan stunting dilakukan melalui lima pilar percepatan pencegahan stunting, yaitu komitmen dan visi kepemimpinan nasional dan daerah, kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku, konvergensi program pusat, daerah dan desa, ketahanan pangan dan gizi, pemantauan dan evaluasi. Upaya pencegahan stunting perlu menysasar penyebab

langsung dan tidak langsung dari stunting melalui kegiatan intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik dilakukan oleh sektor kesehatan yang menasar penyebab langsung stunting meliputi kurangnya asupan makanan dan gizi serta penyakit infeksi. Sedangkan intervensi gizi spesifik umumnya dilaksanakan di luar sektor kesehatan, sasarannya keluarga dan masyarakat umum. Berikut tabel rincian kegiatan intervensi gizi.

**Tabel 4. Intervensi Gizi Spesifik Pencegahan Stunting**

<b>Kelompok Sasaran</b>	<b>Intervensi Prioritas</b>	<b>Intervensi Pendukung</b>	<b>Intervensi Prioritas sesuai Kondisi</b>
Ibu Hamil	a. Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil KEK b. Pemberian suplementasi TTD	a. Pemberian suplementasi kalsium b. Pemeriksaan kehamilan	a. Perlindungan dari malaria b. Pencegahan HIV
Ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan	a. Promosi dan konseling pemberian ASI eksklusif b. Promosi dan konseling pemberian makanan bayi dan anak (PMBA) c. Tatalaksana gizi buruk d. Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang e. Pemantauan dan promosi pertumbuhan	a. Pemberian suplementasi vitamin A b. Pemberian suplementasi bubuk tabur gizi c. Pemberian imunisasi d. Pemberian suplementasi zinc untuk pengobatan diare e. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	Pencegahan kecacingan
Remaja putri dan WUS	Pemberian suplementasi tablet tambah darah (TTD)		
Anak 24-59 bulan	a. Penatalaksanaan gizi buruk b. Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang c. Pemantauan dan promosi pertumbuhan	a. Pemberian suplementasi vitamin A b. Pemberian suplementasi bubuk tabur gizi c. Pemberian imunisasi d. Pemberian suplementasi zinc untuk pengobatan diare e. MTBS	Pencegahan kecacingan

Sumber : TNP2K, 2018

**Tabel 5. Intervensi Gizi Sensitif Pencegahan Stunting**

Kelompok Intervensi	Jenis Intervensi
Peningkatan penyediaan air bersih dan sanitasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyediaan air bersih dan air minum</li> <li>b. Penyediaan akses sanitasi yang layak</li> </ul>
Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyediaan akses jaminan kesehatan, seperti JKN</li> <li>b. Penyediaan akses kepada layanan kesehatan dan KB</li> <li>c. Penyediaan akses bantuan tunai bersyarat untuk keluarga kurang mampu seperti program keluarga harapan (PKH)</li> </ul>
Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyebarluasan informasi mengenai gizi dan kesehatan melalui berbagai media</li> <li>b. Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi</li> <li>c. Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua</li> <li>d. Penyediaan akses pendidikan anak usia dini, dan pemantauan tumbuh kembang anak</li> <li>e. Penyediaan konseling kesehatan reproduksi untuk remaja</li> <li>f. Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak</li> </ul>
Peningkatan akses pangan bergizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyediaan akses bantuan pangan untuk keluarga kurang mampu, seperti Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT)</li> <li>b. Pengembangan pertanian dan peternakan untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi di rumah tangga, seperti program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)</li> <li>c. Fortifikasi bahan pangan utama, misalnya garam, tepung terigu, dan minyak goreng</li> <li>d. Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan</li> </ul>

Sumber : TNP2K, 2018

## B. Tinjauan Umum Tentang Gerakan 1000 HPK

Gerakan 1000 HPK merupakan suatu gerakan percepatan perbaikan gizi yang diadopsi dari gerakan *scaling up-nutrition* (SUN) Movement. Gerakan ini di Indonesia dikenal dengan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka seribu hari pertama kehidupan. Berdasarkan Permenkes 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, seribu hari pertama kehidupan

(1000 HPK) adalah fase kehidupan yang dimulai sejak terbentuknya janin dalam kandungan sampai anak berusia 2 (dua) tahun. Masa 1000 HPK adalah kesempatan emas (*critical window of opportunity*) untuk mengoptimalkan pertumbuhan otak dan mencegah terjadinya penyakit-penyakit degeneratif di usia dewasa (Siswati, 2018). Periode kritis pada 1000 HPK, yaitu sebagai berikut.

#### 1. Periode dalam Kandungan (280 hari)

Status gizi kurang pada awal kehamilan dan risiko KEK pada masa kehamilan, diikuti penambahan berat badan yang kurang dapat menyebabkan ibu hamil tersebut berisiko tinggi mengalami keguguran, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, serta bayi lahir dengan BBLR. Menurut Lancet (2013) dalam Rahayu *et al.* (2018), ibu hamil dengan status gizi yang kurang akan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, yang merupakan penyebab utama terjadinya bayi pendek (*stunting*) dan meningkatkan risiko obesitas dan penyakit degeneratif pada masa dewasa. Teori *Thrifty Phenotype* (Barker dan Hales) menyatakan bahwa bayi yang mengalami kekurangan gizi di dalam kandungan dan telah melakukan adaptasi metabolik dan endokrin secara permanen, akan mengalami kesulitan untuk beradaptasi pada lingkungan kaya gizi pasca lahir sehingga menyebabkan obesitas dan mengalami gangguan toleransi terhadap glukosa. Sebaliknya, apabila pasca lahir bayi mengonsumsi makanan

jumlahnya tidak berlebihan risiko untuk mengalami obesitas lebih kecil.

Janin tumbuh dengan mengambil zat-zat gizi dari makanan yang dikonsumsi oleh ibunya dan dari simpanan zat gizi yang berada dalam tubuh ibunya seperti sel lemak ibu sebagai sumber kalori, zat besi dari simpanan di dalam tubuh ibu sebagai sumber zat besi janin/bayi. Untuk itu, ibu selama hamil atau menyusui harus menambah jumlah dan jenis makanan yang dimakan untuk mencukupi kebutuhan pertumbuhan bayi dan kebutuhan ibu saat mengandung bayinya serta untuk memproduksi ASI. Beberapa zat gizi tertentu tidak disimpan dalam tubuh seperti vitamin C dan vitamin B yang terdapat pada sayuran dan buah-buahan. Ibu hamil yang mampu memenuhi kebutuhan asupan nutrisinya, berdampak pada pembentukan, pertumbuhan dan perkembangan janin yg optimal.

## 2. Periode 0-6 Bulan (180 hari)

Dua hal penting dalam periode ini, yaitu melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif. IMD adalah proses meletakkan bayi baru lahir pada dada atau perut ibu agar bayi secara alami dapat mencari sendiri sumber ASI dan menyusui. Hal ini dilakukan dalam 1 jam pertama kelahirannya. IMD sangat bermanfaat bagi bayi karena mendapatkan kolostrum pada tetes ASI pertama ibu yang kaya

akan zat kekebalan tubuh. Selain itu, IMD juga bermanfaat bagi ibu untuk mempercepat proses pemulihan pasca persalinan. Adapun ASI eksklusif adalah pemberian ASI setelah lahir sampai usia 6 bulan tanpa pemberian makanan lain.

### 3. Periode 6-24 bulan (540 hari)

Usia 6 bulan keatas, bayi mendapatkan makanan tambahan pendamping ASI (MP-ASI) karena ASI saja tidak cukup memenuhi kebutuhan gizi anak. Praktek pemberian MP-ASI perlu dipahami oleh ibu sehingga perawatan atau pengasuhan anak dalam hal pemenuhan gizi tercukupi baik kuantitas maupun kualitas. Pemberian MP-ASI yang terlalu dini dapat menyebabkan gangguan pencernaan atau diare. Sebaliknya, penundaan pemberian MP-ASI (tidak sesuai waktunya) akan menghambat pertumbuhan bayi karena alergi dan zat-zat gizi yang dihasilkan ASI tidak mencukupi kebutuhan bayi sehingga dapat menyebabkan kekurangan gizi.

## C. Tinjauan Umum Tentang Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Kekurangan energi kronis (KEK) adalah keadaan kekurangan kalori dan protein (malnutrisi) yang berlangsung kronis (menahun) yang mengakibatkan timbul gangguan kesehatan pada wanita usia subur (WUS) dan ibu hamil Elsera *et al.*, (2021). Indikator untuk mendeteksi risiko KEK dan status gizi pada WUS adalah dengan melakukan pengukuran antropometri lingkaran lengan atas (LILA) pada lengan tangan yang tidak sering melakukan aktivitas gerakan yang

berat. Nila ambang batas LILA yang digunakan di Indonesia, yaitu <23,5 cm (Nurjamilah, 2021).

KEK pada ibu hamil dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung meliputi penyakit infeksi, asupan makanan, umur, jarak kehamilan, dan beban kerja. Adapun faktor tidak langsung, yaitu persediaan pangan keluarga, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pendapatan keluarga dan akses terhadap pelayanan kesehatan (Soekirman, 2000 dalam Nurjamilah, 2021).

Ibu hamil yang mengalami KEK dapat menyebabkan risiko terjadinya anemia, pendarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, menderita penyakit infeksi, dan secara tidak langsung menjadi penyebab kematian pada ibu. Pada proses persalinan, dapat menyebabkan proses persalinan sulit dan lambat, pendarahan *post partum*, persalinan prematur iminnen (PPI), serta peningkatan tindakan *section caeseria*. Selain itu, KEK pada ibu hamil juga dapat *menyebabkan intrauterine growth retardation* (IUGR) atau bahkan *intrauterine fetal death* (IUFD), kelainan kongenital, serta lahir dengan BBLR (Suryani *et al.*, 2021).

#### **D. Tinjauan Umum Tentang Berat Badan Lahir Rendah**

Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 jam setelah lahir. Untuk keperluan bidan desa, berat lahir masih dapat diterima apabila penimbangan dilakukan 24 jam pertama setelah lahir

(Kemenkes RI, 2011). Berat lahir merupakan salah satu parameter penilaian pertumbuhan bayi, respon terhadap stimulus, lingkungan dan harapan bayi bertahan hidup (Ekawaty and Mulyani, 2022).

Berat lahir dikategorikan menjadi dua, yaitu berat badan lahir rendah (BBLR) dan berat badan lahir normal. Anak termasuk kategori BBLR jika berat lahirnya <2500 gram (Kemenkes RI, 2010 dalam . (Rahayu *et al.*, 2018). BBLR erat kaitannya dengan dengan persalinan prematur, *intrauterine growth retardation* (IUGR), atau keduanya. Bayi yang lahir dengan berat badan <2500 gram memiliki resiko besar terhadap angka kesakitan, angka kematian, infeksi penyakit yang berulang, berat badan dibawah standar, dan berisiko untuk mengalami stunting.

Faktor risiko yang dapat menyebabkan BBLR pada anak, yaitu umur saat kehamilan, jumlah paritas, jarak kehamilan, gizi yang kurang/malnutrisi, penyakit yang menyertai kehamilan (hipertensi, jantung, gangguan pembuluh darah), trauma, kelelahan, ibu perokok atau mengonsumsi alkohol dan pengguna obat terlarang. Faktor kehamilan seperti kehamilan ganda, pendarahan antepartum, dan komplikasi kehamilan seperti preeklampsia juga dapat menyebabkan BBLR. Selain itu, kecacatan atau kelainan bawaan dan infeksi dalam rahim juga berisiko melahirkan anak dengan BBLR (Manuaba, 2006 dalam (Hastuti, 2020).

## E. Tinjauan Umum Tentang Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Inisiasi menyusui dini (IMD) adalah proses menyusui dimulai segera setelah lahir dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dan ibunya (meletakkan bayi di dada ibu) segera dalam waktu satu jam setelah kelahiran dan berlangsung minimal satu jam (Kemenkes RI, 2020b). Praktek IMD dapat membantu bayi mendapatkan kolostrum yang terdapat pada tetes ASI pertama ibu. Kolostrum merupakan ASI terbaik yang keluar pada hari ke 0-5 setelah bayi lahir mengandung zat kekebalan (antibodi) sehingga dapat melindungi bayi dari zat yang dapat menimbulkan alergi atau infeksi (Rahayu *et al.*, 2018).

Manfaat dari IMD antara lain (Kemenkes RI, 2020b).

1. Dada ibu mampu menghangatkan bayi sehingga dapat menurunkan kematian karena kedinginan (*hypothermia*) dan berfungsi mengatur suhu tubuh bayi.
2. Ibu dan bayi akan merasa lebih tenang.
3. Pernapasan dan detak jantung bayi lebih stabil dan jarang menangis sehingga mengurangi pemakaian energi.
4. Bayi memindahkan bakteri dari kulit ibunya melalui jilatan dan menelan bakteri menguntungkan dikulit ibu sehingga bakteri tersebut akan berkembangbiak membentuk koloni disusu dan kulit bayi, menyaingi bakteri yang merugikan.

5. *Bonding* (ikatan kasih sayang) antara ibu dan bayi akan lebih baik karena pada 1-2 jam pertama, bayi dalam keadaan siaga dan setelahnya akan tertidur dalam waktu yang lama.
6. Membantu atau merangsang kontraksi Rahim (uterus) sehingga mencegah pendarahan pasca bersalin.

#### **F. Tinjauan Umum Tentang Air Susu Ibu (Asi)**

Air susu ibu (ASI) adalah cairan hasil sekresi kelenjar payudara ibu (Kemenkes RI, 2012). ASI eksklusif adalah pemberian ASI setelah lahir sampai bayi berumur 6 bulan tanpa pemberian makanan lain. ASI mengandung banyak nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh. Kandungan zat gizi dalam ASI sesuai kebutuhan bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik serta kecerdasan. Beberapa faktor yang menyebabkan kegagalan pemberian ASI eksklusif antara lain adalah karena kondisi bayi, yaitu BBLR, kelainan kongenital, terjadi infeksi, dan lain-lain, serta karena faktor kondisi ibu, yaitu pembengkakan/abses payudara, cemas dan kurang percaya diri, ibu kurang gizi, dan ibu ingin bekerja. Selain itu, kegagalan terjadi juga dapat disebabkan oleh ibu yang berpengalaman, paritas, umur, status perkawinan, merokok, pengalaman menyusui yang gagal, tidak ada dukungan keluarga, kurang pengetahuan, sikap, dan keterampilan, faktor sosial budaya dan petugas kesehatan, rendahnya pendidikan laktasi pada saat prenatal, dan kebijakan rumah sakit yang tidak mendukung laktasi atau pemberian ASI eksklusif.

Pemberian ASI eksklusif dapat membantu menurunkan risiko infeksi saluran cerna, otitis media, alergi, kematian bayi, infeksi usus besar dan usus halus, penyakit celiac, leukemia, limfoma, obesitas, dan DM pada masa yang akan datang. WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama dan diteruskan hingga 2 tahun untuk meningkatkan daya tahan tubuh anak dan mengurangi risiko kontaminasi dari makanan/minuman selain ASI. Pemberian ASI eksklusif hingga usia 2 tahun dapat mempercepat pengembalian status gizi ibu, menurunkan risiko obesitas, hipertensi, rematoid arthritis, dan kanker payudara ibu (Rahayu *et al.*, 2018).

IDAI merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama penting untuk mencapai tumbuh kembang yang optimal. ASI eksklusif dapat memproteksi atau menurunkan risiko terjadinya stunting atau *growth faltering* pada balita. ASI yang diberikan pada bayi selama 6 bulan dapat mengurangi risiko penyakit gastrointestinal dibandingkan pemberian ASI hanya selama 3 bulan. Gangguan ini dapat menghambat penyerapan makanan dan apabila terjadi dalam waktu yang lama dan berulang maka anak akan mengalami kekurangan gizi yang berdampak pada status gizinya (Siswati, 2018).

Kandungan yang terdapat dalam ASI, yaitu (Parenreng, 2020):

1. Air : hampir 90% kandungan ASI berisi air, selebihnya zat gizi makro/mikro dll, sehingga bayi tidak minum air putih.
2. Protein : kasein dan whey, asam amino sesuai kebutuhan bayi, laktoferin (melindungi bayi dari infeksi saluran cerna).
3. Karbohidrat: laktosa (memenuhi 40% energi bayi dan meningkatkan penyerapan kalsium) dan oligosakarida (mencegah fisik).
4. Lemak : mengandung 200 jenis asam lemak, yaitu omega 3 (asam linolenat), omega 6 (linoleat), DHA (Docosahexaenoic acid), AA (Arachidonic acid) untuk perkembangan saraf otak dan kemampuan visual bayi (kecerdasan).
5. Vitamin : vitamin larut air (vitamin B1, vitamin B2, vitamin B6, vitamin B12, biotin, asam folat, asam pantotenik, asam nikotinik, vitamin C), vitamin larut lemak (vitamin A, D, E, dan K).
6. Mineral : kalsium, zat besi, fosfor, magnesium, potassium, sodium, tembaga, klorin, dan sulfur.
7. Enzim : mengandung 20 enzim aktif, yaitu amilase (mencerna karbohidrat), protease (mencerna protein), lipase (mencerna lemak), lisozim (mencegah infeksi mikroba).

8. Faktor pertumbuhan : merangsang kematangan saraf, usus, retina.
9. Faktor kekebalan tubuh : leukosit-K, K-immunoglobulin, sIgA, dan K-oligosakarida (antiparasit, antivirus, antimikroba, antibodi, dan anti-alergi).

#### **G. Tinjauan Umum Tentang Suplementasi Vitamin A**

Vitamin A adalah vitamin larut lemak yang esensial untuk pemeliharaan kesehatan dan kelangsungan hidup. Suplementasi vitamin A bermanfaat untuk menambah daya tahan tubuh anak terhadap penyakit, mensupport sekresi hormon pertumbuhan dan mencegah stunting. Konsumsi vitamin A yang disertai dengan zinc berfungsi untuk mencegah dan mengobati diare serta mengurangi angka kematian anak (UNICEF, 2009 dalam Siswati, 2018).

Kapsul vitamin A yang digunakan dalam suplementasi vitamin A adalah kapsul yang mengandung vitamin A dosis tinggi. Pemberian kapsul vitamin A warna biru untuk bayi (6-11 bulan) dan warna merah untuk anak Balita (12-59 bulan) dilakukan secara serentak pada bulan Februari dan Agustus di posyandu dan fasilitas pelayanan kesehatan yang lain. Jika sasaran balita tidak datang, perlu dilakukan *sweeping* melalui kunjungan rumah sebagai upaya menjangkau sasaran dalam meningkatkan pemberian kapsul vitamin A pada balita (Kementerian Kesehatan, 2016).

## H. Tabel Sintesa

**Tabel 6. Tabel Sintesa Determinan Kejadian Stunting pada Balita**

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti/ Tahun	Lokasi, Populasi, Sampel	Desain	Variabel yang Diteliti	Kesimpulan
1	Determinan kejadian stunting pada balita	(Wardita, Suprayitno and Kurniyati, 2021)	1. Lokasi : Kecamatan Saronggi Kabupaten Sumenep. 2. Populasi : balita usia 0-59 bulan 3. Sampel : 60 ibu dengan balita (30 kasus, dan 30 kontrol)	<i>Case Control</i>	Kejadian stunting, riwayat kehamilan ibu, status gizi anak, pola asuh, pengetahuan ibu, riwayat pemberian ASI eksklusif	Faktor riwayat kehamilan ibu, status gizi anak, pola asuh, pengetahuan ibu, dan pemberian asi eksklusif berpengaruh signifikan terhadap kejadian stunting
2	Relationship of Mother Factors and Stunting Incidence in children (24-59 bulan) in Buniwangi Village, Work Area of Pagelaran Public Health Center, Cianjur Regency, 2018	(Susilowati, Yuni Astria S, 2019)	1. Lokasi : Desa Buniwangi, wilayah kerja Puskesmas Pagelaran, Kabupaten Cianjur 2. Populasi : 555 anak yang berusia 24-59 bulan di Desa Buniwangi tahun 2018 3. Sampel : 74 ibu dengan anak usia 24-59 bulan (37 kasus stunting dan 37 kontrol dengan status gizi normal TB/U)	<i>Case Control</i>	Kejadian stunting, pendidikan ibu, usia saat hamil, tinggi badan ibu, status gizi ibu selama kehamilan, status ekonomi keluarga, berat badan bayi saat lahir	1. Faktor yang memiliki hubungan signifikan terhadap kejadian stunting, yaitu status gizi ibu selama kehamilan, tinggi badan ibu, pendidikan ibu, berat badan bayi saat lahir. 2. Faktor yang tidak berhubungan secara signifikan, yaitu status ekonomi keluarga dan usia saat hamil karena datanya cenderung homogen.
3	Determinants of stunting in children aged 24-59 months in Gorontalo, Indonesia	(Zakaria and Suma, 2020)	1. Lokasi : Desa Hayahaya, Kecamatan Limboto Barat, Gorontalo 2. Populasi : seluruh anak usia 24-59 bulan sebanyak 95 orang.	<i>Cross Sectional</i>	Stunting, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, pola asuh, panjang badan lahir, berat badan lahir, jarak lahir, ASI eksklusif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu yang tinggi dan pola asuh yang baik menurunkan risiko stunting pada anak usia 24-59 bulan. Jarak lahir <2 tahun dapat meningkatkan risiko

			3. Sampel : 76 anak usia 24-59 bulan			stunting pada anak usia 24-59 bulan secara signifikan.
4	Analisis determinan kejadian stunting di Desa Taraweang Kecamatan Labakkang Kabupaten Pangkep	(Hamalding, Said and Nurmiati, 2020)	1. Lokasi : Desa Taraweang, Kecamatan Labakkang Kabupaten Pangkep 2. Populasi : 166 balita. 3. Sampel : 166 balita ( <i>total sampling</i> )	<i>Cross Sectional</i>	Kejadian stunting, Pengetahuan ibu, pola makan, riwayat pemberian ASI eksklusif, riwayat penyakit	Hasil penelitian menunjukkan variabel pengetahuan ibu, pola makan, riwayat pemberian ASI eksklusif dan riwayat penyakit memiliki hubungan dengan kejadian stunting di Desa Taraweang Kabupaten Pangkep.
5	The determinants of Stunting for Children aged 24-59 bulan in Kulon Progo District 2019	(Hendraswari <i>et al.</i> , 2021)	1. Lokasi : Puskesmas Temon II Kabupaten Kulon Progo 2. Populasi : seluruh anak usia 24-59 bulan yang terdapat di wilayah tersebut. 3. Sampel : 60 orang anak dengan ibunya (30 kasus stunting dan 30 kontrol anak yang tidak stunting)	<i>Case Control</i>	Riwayat pemberian ASI eksklusif, asupan energi, asupan protein, status imunisasi, riwayat penyakit ISPA, riwayat penyakit diare, akses air bersih, status toilet	1. Faktor risiko kejadian stunting usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Temon II Kabupaten Kulon Progo adalah faktor makanan (asupan energi dan protein), penyakit infeksi (ispa dan diare). 2. Variabel yang bukan merupakan faktor risiko, yaitu imunisasi dan status toilet 3. Faktor protektif, yaitu riwayat pemberian ASI eksklusif dan akses air bersih.
6	Scoring system in prediction of stunting risk among children in West Sumatera Province, Indonesia	(Masrul, Usman, Yanis and Nindrea, 2020)	1. Lokasi : Provinsi Sumatera Barat 2. Populasi : anak balita 3. Sampel : 80 orang, terdiri atas 40 kasus stunting dan 40 kontrol yang tidak stunting ( <i>matching</i> umur dan jenis kelamin)	<i>Case Control</i>	Umur ibu, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, sosial ekonomi, jenis kelahiran, paritas, berat badan lahir, ASI eksklusif, status imunisasi, penyakit infeksi anak, nafsu makan anak, pola asuh,	Hasil penelitian menunjukkan sistem penilaian untuk menganalisis risiko stunting pada Provinsi Sumatera Barat didasarkan pada prediktor tingkat pendidikan ibu, berat badan lahir, ASI eksklusif, nafsu makan anak dan pola asuh

					ibu KEK, stunting	
7	Factors associated with stunted growth in children under five years in Antananarivo, Madagascar dan Bangui, Central African Republic	(Vonaesch <i>et al.</i> , 2021)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : Perkotaan sub-sahara, yaitu Bangui, Republik Afrika Tengah dan Antananarivo, Madagascar.</li> <li>2. Populasi : seluruh anak usia 2-5 tahun yang terdapat di wilayah Bangui, CAR dan Antananarivo, Madagascar.</li> <li>3. Sampel : 836 anak terdiri dari 175+194 anak stunting dan 237+230 anak yang tidak stunting (<i>matching</i> umur, jenis kelamin, tempat tinggal)</li> </ol>	<i>Case Control</i>	Status ekonomi, pendidikan ibu, tinggi badan ibu, kepala rumah tangga berbeda dari orang tua, riwayat menyusui, ketersediaan sabun di rumah tangga, anemia, berat badan lahir, penyakit infeksi (diare, batuk), perubahan pola makan selama kehamilan, riwayat kekurangan gizi, dermatitis, stunting	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil penelitian menunjukkan kedua lokasi, ibu dengan pendidikan formal memiliki risiko rendah untuk memiliki anak yang stunting. Namun, akses pada sabun terbatas, menderita anemia dan berat badan lahir rendah dikaitkan dengan risiko stunting yang lebih tinggi.</li> <li>2. Faktor perawakan ibu pendek, kepala rumah tangga berbeda dari orang tua, diare dan batuk dikaitkan dengan peningkatan risiko stunting di Antananarivo, sedangkan menyusui secara berlanjut berisiko lebih rendah untuk stunting.</li> <li>3. Faktor riwayat kekurangan gizi parah dan dermatitis/infeksi jamur dikaitkan dengan peningkatan risiko stunting, sedangkan perubahan pola makan selama kehamilan dikaitkan dengan risiko stunting lebih rendah di Bangui.</li> </ol>
8	The relationship between risk factors and stunting incidence in Desa	(Suryanegara <i>et al.</i> , 2020)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi: Desa Cilembu Kecamatan Pamulihan Kab. Sumedang</li> <li>2. Populasi: semua bayi di Desa</li> </ol>	<i>Cross Sectional</i>	Pendapatan keluarga, paritas, ASI eksklusif, inisiasi menyusui dini, usia ibu saat hamil,	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor risiko prakonsepsi yang berhubungan dengan kejadian stunting adalah usia ibu hamil.</li> <li>2. Faktor risiko post konsepsi yang</li> </ol>

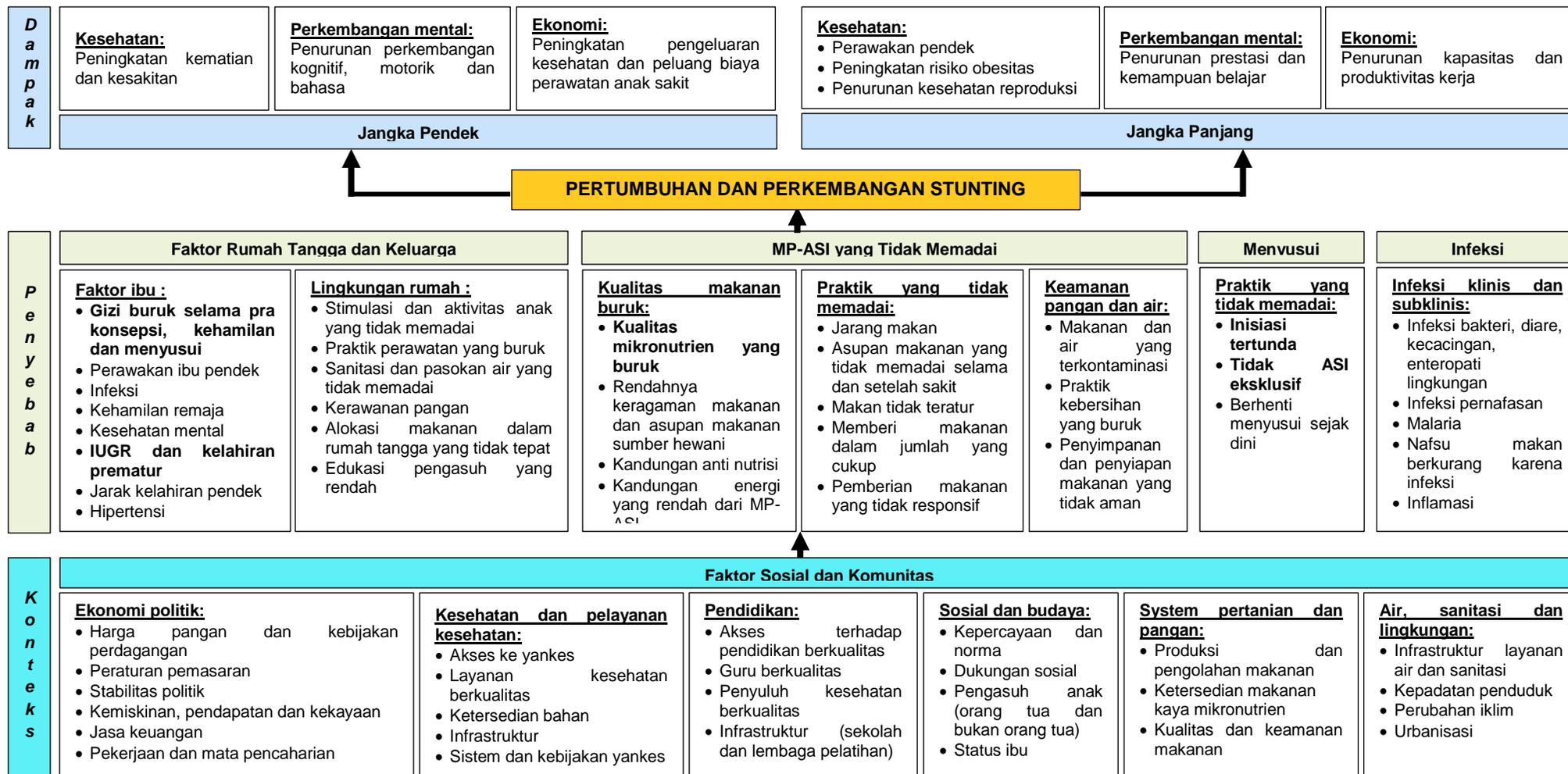
	Cilembu Kecamatan Pamulihan, Kabupaten Sumedang Provinsi Jawa Barat on September 2019		Cilembu Kecamatan Pamulihan pada bulan September 2019 sebanyak 120 orang 3. Sampel : 120 orang ( <i>total sampling</i> )		paparan asap rokok, berat lahir, imunisasi dasar, pendidikan terakhir ibu, Stunting	berhubungan dengan kejadian stunting adalah BBLR, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif. 3. Faktor risiko sosial ekonomi dan lingkungan yang berhubungan dengan kejadian stunting adalah paparan asap rokok dan pendapatan keluarga. 4. Variabel yang bukan merupakan faktor risiko, yaitu paritas, imunisasi dasar, dan tingkat pendidikan ibu
9	Determinan kejadian stunting pada balita usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Silayang Kabupaten Pasaman	(Noflidaputri, 2020)	1. Lokasi : Wilayah kerja Puskesmas Silayang Kabupaten Pasaman. 2. Populasi : balita usia 24-59 bulan sebanyak 151 orang yang mengalami stunting dan 368 balita yang tidak stunting 3. Sampel : 66 orang terdiri atas 33 balita kasus dan 33 balita kontrol dengan ibu balita sebagai responden.	<i>Case Control</i>	BBLR, keragaman makanan, perilaku makan balita, sanitasi lingkungan, stunting	Penelitian menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara BBLR, keragaman makanan, perilaku makan dan sanitasi lingkungan dengan kejadian stunting di wilayah kerja Puskesmas Silayang Kabupaten Pasaman. Responden yang BBLR, makan tidak beragam dan sanitasi lingkungan tidak sehat memiliki peluang 2 kali lebih besar untuk stunting dibandingkan responden yang tidak BBLR, makan beragam dan memiliki sanitasi lingkungan yang sehat. Adapun responden yang menghindari makanan memiliki peluang untuk stunting 3 kali lebih besar dibandingkan responden yang penyuka makanan.

10	Determinan kejadian stunting pada Balita di wilayah kerja Puskesmas Pekauman Kota Banjarmasin	(Nofai and Abdullah, 2021)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : Wilayah kerja Puskesmas Pekauman Kota Banjarmasin</li> <li>2. Populasi : seluruh balita di wilayah kerja Puskesmas Pekauman</li> <li>3. Sampel : 184 orang (92 kasus balita stunting dan 92 kontrol balita tidak stunting)</li> </ol>	<i>Case Control</i>	Umur ibu, tingkat pendidikan ibu, tinggi badan ibu, riwayat BB lahir, ASI eksklusif, kelengkapan imunisasi dasar, paritas, pendapatan keluarga, riwayat KEK kehamilan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Variabel tingkat pendidikan ibu merupakan variabel dominan dengan kejadian stunting dengan nilai OR (2,072), artinya tingkat pendidikan yang rendah mempunyai peluang risiko terjadinya stunting pada balita 2,072 kali lebih besar dibandingkan dengan tingkat pendidikan ibu yang tinggi.</li> <li>2. Variabel umur ibu, tinggi badan ibu, riwayat berat badan lahir, ASI eksklusif, kelengkapan imunisasi dasar, paritas, pendapatan keluarga dan riwayat KEK secara statistik tidak memiliki hubungan dengan kejadian stunting pada balita.</li> </ol>
11	Analisis faktor determinan kejadian stunting pada balita di Desa Siau dalam Kabupaten Tanjung Jabung Timur	(Ekawaty and Mulyani, 2022)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : Desa Siau Kabupaten Tanjung Jabung Timur</li> <li>2. Populasi : seluruh balita yang terdapat di Desa Siau</li> <li>3. Sampel : 49 balita stunting (<i>total sampling</i>) dan 49 balita tidak stunting sebagai kontrol (<i>purposive sampling</i>)</li> </ol>	<i>Case Control</i>	Berat badan lahir, riwayat infeksi, riwayat ASI eksklusif, riwayat imunisasi, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, jumlah anggota keluarga, kejadian stunting	Pendidikan ibu, berat badan lahir dan riwayat infeksi adalah faktor determinan stunting pada anak usia 12-59 bulan di Desa Siau.
12	Risk factor for stunting under two year old children in Surabaya	(Maulina and Rachmayanti, 2021)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : Kelurahan Wonokusumo Kecamatan Semampir Kota Surabaya</li> <li>2. Populasi : seluruh baduta di Kecamatan Semampir</li> </ol>	<i>Cross Sectional</i>	Umur ibu, pendidikan, status pekerjaan, Pendapatan keluarga, riwayat konsumsi tablet Fe, ANC, konsumsi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting di Kecamatan Semampir adalah riwayat ANC selama kehamilan.</li> <li>2. Faktor yang tidak berhubungan</li> </ol>

			3. Sampel : 233 orang ( <i>purposive sampling</i> ) dengan ibu sebagai responden		protein, kejadian stunting	dengan kejadian stunting, yaitu umur ibu, pendidikan, status pekerjaan, pendapatan keluarga, riwayat konsumsi Fe dan konsumsi protein.
13	Risk factor of Stunting in Toddlers 24-59 months in Rembang Regency, Indonesia	(Ramaningrum Anggraheny and Lahdji, 2022)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : wilayah kerja Puskesmas Sedan Kab. Rembang</li> <li>2. Populasi : seluruh anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Sedan</li> <li>3. Sampel : 90 anak usia 24-59 bulan yang terdiri dari 45 kasus (stunting) dan 45 kontrol (tidak stunting)</li> </ol>	<i>Case Control</i>	Asupan energi, asupan protein, jenis kelamin, berat lahir, riwayat penyakit kronik, riwayat ASI eksklusif, makanan pendamping ASI, jumlah anggota keluarga, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, sanitasi lingkungan, status imunisasi, kejadian stunting	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jenis kelamin, berat lahir, riwayat penyakit infeksi, pendidikan dan pekerjaan ibu, status imunisasi merupakan bukan faktor risiko stunting pada balita.</li> <li>2. Asupan energi dan protein, riwayat ASI eksklusif, makanan pendamping ASI, jumlah anggota keluarga, dan sanitasi lingkungan merupakan faktor risiko stunting pada balita.</li> <li>3. Pemberian makanan pendamping ASI adalah faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian stunting.</li> </ol>
14	Determinan Kejadian Stunting pada Balita Usia 6-24 Bulan	(Karo, Putri and Yolandia, 2022)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : Desa Cipelang Kecamatan Cijeruk</li> <li>2. Populasi : seluruh ibu yang memiliki balita usia 6-24 bulan sebanyak 176 orang</li> <li>3. Sampel : 122 orang (<i>purposive sampling</i>)</li> </ol>	<i>Cross Sectional</i>	Riwayat penyakit infeksi, pola asuh, tinggi badan ibu	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara riwayat penyakit infeksi, pola asuh dan tinggi badan ibu dengan kejadian stunting pada balita usia 6-24 bulan di Desa Cipelang Kecamatan Cijeruk.
15	Analisis determinan kejadian stunting pada balita (usia 24-59 bulan)	(Asmirin <i>et al.</i> , 2021)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : Puskesmas X Kabupaten Ogan Ilir</li> <li>2. Populasi: seluruh balita usia 24-59 bulan di Kabupaten</li> </ol>	<i>Cross Sectional</i>	Riwayat pemberian ASI eksklusif, riwayat pemberian MP ASI, akses air bersih, akses	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor pemberian ASI eksklusif, dan MP ASI secara statistik tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian</li> </ol>

			Ogan Gilir sebanyak 569 orang 3. Sampel : 118 balita ( <i>simple random sampling</i> )		jamban, perilaku CTPS, status gizi berdasarkan TB/U	stunting pada balita di Puskesmas X Kab.Ogan Ilir. 2. Faktor akses air bersih, akses jamban dan perilaku CTPS memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting pada balita di Puskesmas X Kab.Ogan Ilir.
16	Determinan kejadian stunting pada balita usia 25-60 bulan di Kabupaten Majene 2018	(Yuliani, Immawanti and Sastriani, 2019)	1. Lokasi : Kabupaten Majene 2. Populasi : seluruh anak balita usia 25-60 bulan di Kab.Majene 3. Sampel : 573 orang pada 23 desa ( <i>cluster random sampling</i> )	<i>Cross Sectional</i>	Jenis kelamin balita, umur balita, berat badan lahir, pemberian ASI, status imunisasi, tinggi badan ibu, pendidikan ibu, jumlah anggota keluarga, kejadian stunting	1. Ada hubungan yang signifikan antara tinggi badan ibu dengan kejadian stunting pada balita di Kabupaten Majene. 2. Tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin balita, umur balita, berat badan lahir, pemberian ASI, status imunisasi, pendidikan ibu dan jumlah anggota keluarga dengan kejadian stunting pada balita.
17	Determinan stunting pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Pidie	Ramadhaniah, Fajar dan Syarifuddin, 2021	1. Lokasi : wilayah kerja Puskesmas Simpang Tiga Kabupaten Pidie Provinsi Aceh 2. Populasi : seluruh ibu yang memiliki anak stunting usia 0-59 bulan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Simpang Tiga 3. Sampel : 94 responden ( <i>total sampling</i> )	<i>Cross sectional</i>	Berta badan lahir, riwayat penyakit infeksi, pola asuh makan, status imunisasi, tingkat kecukupan energi, tingkat kecukupan protein, kejadian stunting	1. Ada hubungan antara berat badan lahir, pola asuh makan, status imunisasi, tingkat kecukupan energi, dan protein dengan kejadian stunting 2. Tidak ada hubungan yang bermakna riwayat penyakit infeksi dengan kejadian stunting. 3. Faktor risiko yang paling dominan berpengaruh terhadap kejadian stunting adalah status imunisasi

## I. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Faktor-Faktor Penyebab dan Dampak Stunting pada Anak (WHO, 2014)

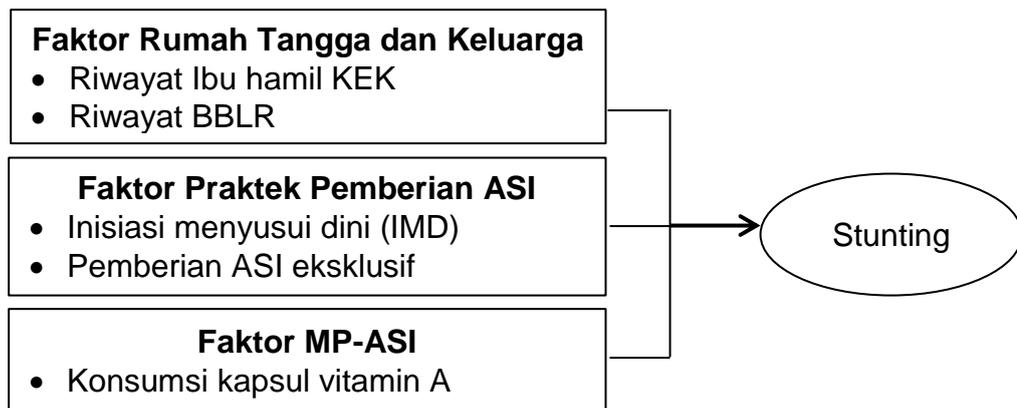
Kerangka teori tersebut merupakan kerangka konseptual WHO terkait penyebab langsung, faktor risiko kontekstual dan dampak stunting pada anak. Kerangka tersebut merupakan pengembangan dari kerangka kerja UNICEF (1990) tentang penyebab malnutrisi. Berdasarkan kerangka teori tersebut, faktor penyebab stunting pada anak dibagi dalam 5 aspek, yaitu rumah tangga dan keluarga, makanan pendamping ASI yang tidak memadai, praktek pemberian ASI yang tidak memadai, penyakit infeksi dan faktor sosial masyarakat (ekonomi politik, kesehatan dan pelayanan kesehatan, pendidikan, sosial dan budaya, sistem pertanian dan pangan, serta air, sanitasi dan lingkungan).

Merujuk pada kerangka teori tersebut, peneliti menentukan beberapa faktor yang menjadi variabel penelitian. Penentuan dilakukan berdasarkan hasil literatur review yang dijabarkan pada tabel sintesa dan menyesuaikan variabel atau data yang tersedia pada aplikasi e-PPGBM (Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat). Faktor-faktor tersebut meliputi:

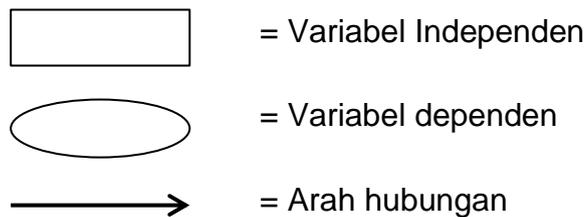
1. faktor rumah tangga dan keluarga, yaitu riwayat ibu hamil KEK dan riwayat BBLR;
2. faktor praktek pemberian ASI, yaitu IMD dan ASI eksklusif;
3. faktor makanan pendamping ASI, yaitu konsumsi kapsul vitamin A pada anak.

## J. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini secara sederhana digambarkan sebagai berikut.



Keterangan :



**Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian**

Kerangka konsep di atas menghubungkan variabel independen meliputi riwayat ibu hamil KEK, riwayat BBLR, inisiasi menyusui dini, pemberian ASI eksklusif, konsumsi kapsul vitamin A dengan kejadian stunting sebagai variabel dependen.

## K. Hipotesis Penelitian

1. Riwayat ibu hamil KEK merupakan faktor risiko kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.

2. Riwayat BBLR merupakan faktor risiko kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.
3. Inisiasi menyusui dini merupakan faktor risiko kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.
4. Pemberian ASI eksklusif merupakan faktor risiko kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.
5. Konsumsi kapsul vitamin A merupakan faktor risiko kejadian stunting pada anak baduta (usia 0-23 bulan) di wilayah kerja Puskesmas Katumbangan Kabupaten Polman Tahun 2022.

#### **L. Definisi Operasional**

Definisi operasional variabel independen dan variabel dependen pada penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut.

##### **1. Stunting**

###### **a) Definisi operasional**

Kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) dengan kategori status gizi berdasarkan indikator panjang badan atau tinggi badan menurut umur memiliki Z-score  $< -2SD$  (Kemenkes RI, 2020c).

b) Kriteria objektif

Kriteria objektif untuk variabel stunting, yaitu :

- 0. Normal : anak baduta dikatakan memiliki status gizi normal apabila PB/U pada data e-PPGBM berada pada nilai Z-score  $-2$  SD s/d  $+3$  SD.
- 1. Stunting : anak baduta dikatakan stunting apabila PB/U pada data e-PPGBM berada pada nilai Z-score  $<-2$  SD.

c) Skala pengukuran data pada penelitian ini menggunakan skala nominal.

2. Riwayat Ibu Hamil KEK

a) Definisi operasional

Ibu hamil dengan risiko kekurangan energi kronis (KEK) yang ditandai dengan ukuran LILA  $<23,5$  cm (Kemenkes RI, 2020a).

b) Kriteria objektif

Kriteria objektif variabel riwayat ibu hamil KEK, yaitu :

- 0. Normal : jika hasil pengukuran LILA ibu  $\geq 23,5$  cm berdasarkan pelaporan pada e-PPGBM atau buku register kunjungan ibu di puskesmas.
- 1. KEK : jika hasil pengukuran LILA ibu  $<23,5$  cm berdasarkan pelaporan pada e-PPGBM atau buku register kunjungan ibu di puskesmas.

c) Skala pengukuran data pada variabel ini menggunakan skala nominal.

### 3. Riwayat BBLR

#### a) Definisi operasional

Berat badan bayi baru lahir menunjukkan <2500 gram (Kemenkes RI, 2020a).

#### b) Kriteria objektif

Kriteria objektif variabel riwayat BBLR, yaitu :

0. Normal : jika berat badan anak baduta saat lahir  $\geq 2500$  gram berdasarkan pelaporan pada e-PPGBM.

1. BBLR : jika berat badan anak baduta saat lahir <2500 gram berdasarkan pelaporan pada e-PPGBM.

c) Skala pengukuran data pada variabel ini menggunakan skala nominal.

### 4. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

#### a) Definisi operasional

Proses menyusui yang dimulai segera setelah lahir dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dengan ibunya dan berlangsung minimal 1 (satu) jam (Kemenkes RI, 2020a).

#### b) Kriteria objektif

Kriteria objektif variabel IMD, yaitu :

0. IMD : jika bayi segera setelah lahir diletakkan di dada ibu berdasarkan pelaporan pada e-PPGBM.

1. Tidak IMD : jika bayi segera setelah lahir tidak diletakkan di dada berdasarkan pelaporan pada e-PPGBM.
  - c) Skala pengukuran data pada variabel ini menggunakan skala nominal.
5. Pemberian ASI Eksklusif
- a) Definisi operasional

Anak usia 0-6 bulan hanya diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin, dan mineral sejak lahir (Kemenkes RI, 2020a).
  - b) Kriteria objektif

Kriteria objektif , yaitu :

    0. ASI eksklusif : jika anak usia 0-6 bulan hanya mendapatkan ASI tanpa makanan dan minuman lain berdasarkan pelaporan pada e-PPGBM.
    1. Tidak ASI eksklusif : jika anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI atau mengonsumsi susu formula berdasarkan pelaporan pada e-PPGBM.
  - c) Skala pengukuran data pada variabel ini menggunakan skala nominal.

## 6. Konsumsi Kapsul Vitamin A

### a) Definisi operasional

Anak usia 6-11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A berwarna biru dengan kandungan vitamin A 100.000 SI dan/atau anak usia 12-59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A berwarna merah dengan kandungan vitamin A sebesar 200.000 SI (Kemenkes RI, 2020a).

### b) Kriteria objektif

Kriteria objektif , yaitu :

0. Ya : jika anak baduta mendapatkan kapsul vitamin A berdasarkan pelaporan pada e-PPGBM.

1. Tidak : jika anak baduta tidak mendapatkan kapsul vitamin A berdasarkan pelaporan pada e-PPGBM.

### c) Skala pengukuran data pada variabel ini menggunakan skala nominal.