

SOSIODEMOGRAFI STUNTING PADA BALITA DI INDONESIA
(**SOCIODEMOGRAPHY OF STUNTING AMONG CHILDREN UNDER-FIVE YEAR**
IN INDONESIA)

Sudikno¹, Yekti Widodo¹, Irlina Raswanti Irawan¹, Doddy Izwardy¹, Vivi Setiawaty², Budi Setyawati¹,
Yunita Diana Sari¹, Dyah Santi Puspitasari¹, Feri Ahmadi¹, Rika Rachmawati¹, Amalia Safitri¹, Nurilah Amaliah¹,
Prisca Petty Arfines¹, Bunga Christitha Rosha¹, Aditianti¹, Elisa Diana Julianti¹,
Joko Pambudi¹, Nuzuliyati Nurhidayati¹, Febriani¹

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

²Puslitbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan,
Kementerian Kesehatan RI. Jl. Percetakan Negara no 29 Jakarta, Indonesia
E-mail: onkidus@gmail.com

Diterima: 02-06-2021

Direvisi: 24-12-2021

Disetujui: 28-12-2021

ABSTRACT

The problem of stunting in children under five (0-59 months) is still a public health problem, especially in developing countries. This study aims to measure the prevalence of stunting and determine its sociodemography risk factors in Indonesia. This study was a nationwide survey in 514 districts consisting of 32,000 census blocks (320,000 households). The study design was cross-sectional. The population of this study was all families of children under five in all districts in Indonesia. The sample was households with children under five which were visited by Susenas (National Sociodemographic Survey) in March 2019. The data collected were the length/height of children under-five of age, gender, age (months), region (rural and urban), all provinces which were divided into 7 regions. (Java-Bali, Sumatra, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku, Papua), and diarrhea. The results showed that the prevalence of stunting in children under five (0-59 months) was 27.6 percent. Multivariate regression analysis showed that children 12 month old and older, living in rural areas (AOR=1,444; 95% CI: 1,442-1,447), in the Nusa Tenggara region (AOR=1,874; 95% CI: 1,866-1,882), and suffering from diarrhea (AOR=1,409; 95%CI: 1,401-1,417) were more at risk of becoming stunted.

Keywords: *sociodemography, stunting, children under-five*

ABSTRAK

Masalah *stunting* pada balita (0-59 bulan) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat terutama di negara berkembang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi *stunting* dan faktor risiko *stunting* menurut sosiodemografi di Indonesia. Penelitian ini merupakan survei nasional di 514 kabupaten/kota yang terdiri dari 32.000 blok sensus (320.000 rumah tangga). Desain penelitian adalah *cross-sectional*. Populasi dari penelitian ini adalah semua keluarga balita yang ada di seluruh kabupaten/ kota di Indonesia. Sampel adalah rumah tangga yang memiliki balita yang dikunjungi oleh Susenas Maret 2019. Data yang dikumpulkan adalah panjang/tinggi badan balita, jenis kelamin, umur (bulan), wilayah (perdesaan dan perkotaan), provinsi yang dibagi dalam 7 wilayah (Jawa bali, Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku, Papua), dan penyakit diare pada balita. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi *stunting* pada balita (0-59 bulan) sebesar 27,6 persen. Analisis regresi multivariate menunjukkan bahwa balita yang berumur lebih dari 11 bulan, tinggal di perdesaan (AOR=1,444; 95% CI: 1,442-1,447), wilayah Nusa Tenggara (AOR=1,874; 95% CI: 1,866-1,882) dan yang menderita diare (AOR=1,409; 95%CI: 1,401-1,417) lebih berisiko untuk menjadi *stunting*. [Penel Gizi Makan 2021, 44(1):71-78]

Kata kunci: *sosiodemografi, stunting, balita*

PENDAHULUAN

Masalah *stunting* secara global sampai saat ini masih mendapatkan perhatian utama terutama di sebagian negara berkembang. Menurut laporan Global Nutrition 2020 sekitar 149 juta atau sekitar 21,9 persen balita mengalami *stunting* di seluruh dunia dan sebagian besar berada di wilayah Asia yaitu 81,7 juta balita atau 54,8 persen¹. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) prevalensi *stunting* di Indonesia dari tahun 2007 sampai dengan tahun 2013 tidak menunjukkan adanya penurunan. Pada tahun 2007 prevalensi *stunting* balita sebesar 36,8 persen,² dan pada tahun 2013 sebesar 37,6 persen.³ Penurunan prevalensi *stunting* secara signifikan terjadi pada tahun 2018 yaitu 30,8 persen.⁴ Dengan demikian tiga dari 10 balita di Indonesia mengalami *stunting*. Sementara *World Health Organization* (WHO) menetapkan penurunan *stunting* pada tahun 2025 sebesar 40 persen.¹

Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Risiko yang disebabkan oleh kekurangan gizi dalam jangka pendek diantaranya meningkatnya angka kesakitan dan angka kematian, gangguan perkembangan (kognitif, motorik, bicara), meningkatnya beban ekonomi untuk biaya perawatan dan pengobatan anak yang sakit. Dalam jangka panjang *stunting* menyebabkan menurunnya kesehatan reproduksi, konsentrasi belajar, dan rendahnya produktivitas kerja.⁵

Dalam rangka mengurangi dan menangani masalah kekurangan gizi, khususnya *stunting*, pemerintah telah mengeluarkan beberapa kebijakan dan regulasi yang diharapkan dapat berkontribusi dalam penanganan *stunting*. Salah satu pilar penting dalam pelaksanaan program percepatan penanggulangan *stunting* adalah kegiatan evaluasi program untuk mengukur sejauh mana program nasional ini telah berjalan dan diimplementasikan oleh daerah.⁶

Gizi yang baik pada masa bayi dan anak sangat penting untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan normal. Evaluasi status gizi pada periode kelompok umur rentan ini sangat penting dalam penyediaan data dan informasi mengenai pemetaan masalah yang terkini. Selain itu, hasil evaluasi akan menjadi dasar dalam menentukan perencanaan program, intervensi gizi, dan evaluasi terhadap program yang telah dilaksanakan dalam rangka memperbaiki status gizi anak balita.

Evaluasi status gizi saat ini dilakukan oleh Kementerian Kesehatan melalui Badan

Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dalam suatu survei nasional yang dilaksanakan setiap lima tahun sekali (Riskesdas), menggunakan metode pengukuran antropometri berat badan dan tinggi badan.^{2,3,4} Penilaian status gizi balita ini terkait erat dengan sasaran pokok yang ingin dicapai dalam Program Indonesia Sehat pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, yaitu meningkatnya status kesehatan dan gizi anak. Salah satu indikator yang digunakan yaitu prevalensi *stunting* pada anak baduta dengan target sebesar 28 persen pada 2019.⁷

Survei nasional terkait evaluasi status gizi, khususnya *stunting* yang terakhir dilaksanakan yaitu Riset Kesehatan Dasar tahun 2018. Faktor sosiodemografi memiliki peran penting dalam kondisi kesehatan seseorang. Berdasarkan hasil penelitian menyebutkan bahwa determinan sosiodemografi, sangat berkaitan dengan status kesehatan dan gizi.⁸ Perbedaan prevalensi *stunting* antar wilayah di Indonesia menjadi masalah untuk dikaji lebih jauh. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi *stunting* dan faktor risiko *stunting* menurut sosiodemografi di Indonesia.

METODE

Penelitian dilakukan di semua (514) kabupaten/kota di Indonesia yang terdiri dari 32.000 blok sensus (320.000 rumah tangga). Desain penelitian adalah *cross-sectional*. Studi status gizi balita di Indonesia Tahun 2019 merupakan survey nasional karena melakukan pengambilan data balita di 514 Kab/Kota Indonesia yang berintegrasi dengan pelaksanaan Susenas Maret 2019. Dengan demikian desain maupun sampel mengikuti desain dan sampel Susenas Maret 2019.

Populasi dari penelitian ini adalah semua keluarga balita yang ada di seluruh Kabupaten/Kota di Indonesia. Sampel adalah rumah tangga yang memiliki balita yang dikunjungi oleh Susenas Maret 2019. Perhitungan besar sampel disepakati secara bersama-sama dengan proses kajian dan perhitungan terhadap perkiraan akurasi dari prevalensi *stunting*. Jumlah sampel ditetapkan sebesar 32.000 blok sensus (BS) dan 1 BS terdiri dari 10 rumah tangga. Rumah tangga yang diambil mengikuti daftar sampel Susenas 2019 yang dilakukan oleh BPS. Kriteria inklusi adalah balita umur 0-59 bulan pada rumah tangga terpilih, dan memiliki kelengkapan data. Kriteria eksklusi adalah balita yang mengalami cacat fisik, sehingga tidak bisa dilakukan pengukuran antropometri.

Instrumen penelitian terdiri dari: kuesioner Status Gizi Balita tahun 2019, dan alat ukur panjang/tinggi badan dengan ketelitian 0,1 cm. Data yang dikumpulkan meliputi: panjang/tinggi badan balita, variabel sosiodemografi yang terbatas pada data: jenis kelamin, umur (bulan), wilayah (perdesaan dan perkotaan), provinsi yang dibagi dalam 7 wilayah (Jawa bali, Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku, Papua), dan penyakit diare pada balita. Penyakit diare ditanyakan kepada ibu balita terkait kondisi balita dalam satu minggu terakhir terhitung dari saat pengumpulan data, apakah balita mengalami diare. Dikategorikan diare bila buang air besar (BAB) dengan konsistensi feses lebih cair dengan frekuensi >3 kali sehari kecuali pada neonates (bayi < 1 bulan) yang mendapatkan ASI biasanya BAB dengan frekuensi lebih sering (5-6 kali/hari) dengan konsistensi baik dianggap normal.

Data status gizi *stunting* diperoleh dari hasil pengukuran antropometri. Pengukuran antropometri tinggi/panjang badan (PB/TB) dilakukan oleh enumerator dengan pendidikan minimal DIII kesehatan yang sudah dilatih. Nilai hasil pengukuran yang dicatat dalam formulir adalah hasil pembacaan pengukuran panjang/tinggi badan yang dilakukan satu kali. Data hasil pengukuran tersebut dimasukkan ke dalam formulir. Hasil pengukuran TB dan umur digunakan untuk menentukan status gizi berdasarkan nilai Z skor. Kategori *stunting* bila nilai Z skor di bawah -2 SD.⁹

Tahapan *cleaning* data, imputasi, dan pembobotan (*weighting*) dilakukan sebelum analisis. Balita yang memiliki indeks TB/U dengan nilai Z-skor ekstrim (< -6.00 SD atau > 6.00 SD) tidak dianalisis. Analisis data dilakukan secara bertahap, analisis univariat, analisis bivariate, dan analisis multivariat. Hasil analisis bivariate dengan nilai p value dibawah 0,25 dimasukkan dalam pemodelan analisis multivariate untuk mengetahui risiko *stunting* menurut sosiodemografi dengan uji regresi logistik. Penelitian ini telah mendapatkan ijin etik dari Komisi Etik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI No.LB.02.01/2/KE.053/2019.

HASIL

Dari target 32 000 blok sensus, pada SSGBI 2019 telah mengunjungi sejumlah 31 829 blok sensus (99,5%). Sementara rumah tangga yang berhasil dikunjungi sejumlah 316 350 rumah tangga dari 320 000 rumah tangga target (98,9%). Beberapa kendala di lapangan seperti: kondisi geografis yang sulit dijangkau,

cuaca/ombak besar, banjir, tanah longsor, dan tidak adanya jadwal pemberangkatan kapal di beberapa wilayah (Maluku Utara, Papua, Papua Barat, NTT, Sulawesi Selatan).

Hasil proses merging data Susenas Maret Tahun 2019 dan SSGBI Tahun 2019 mendapatkan sejumlah 91.833 records data yang *match* (sekitar 94,7%), namun setelah dilakukan proses *cleaning* data, jumlah sampel yang dianalisis sebanyak 84 244 balita.

Tabel 1 menunjukkan prevalensi *stunting* pada balita (0-59 bulan) sebesar 27,6 persen. Menurut jenis kelamin balita persentase laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan. Kelompok umur balita 24-59 bulan (60,8%) lebih tinggi dibandingkan kelompok umur balita di bawahnya. Persentase responden balita di perkotaan lebih tinggi (54,7%) dibandingkan di perdesaan (45,3%). Persentase responden di wilayah Jawa dan Bali (53%) lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya. Berdasarkan penyakit diare pada balita, diketahui bahwa persentase balita yang mengalami diare sebesar 2,8 persen.

Hasil analisis bivariat pada Tabel 2 menunjukkan bahwa semua kandidat variabel (jenis kelamin, kelompok umur, perkotaan/perdesaan, wilayah, dan penyakit diare) berhubungan signifikan ($p < 0,05$) dengan kejadian *stunting* pada balita, sehingga masuk dalam tahap analisis lanjut dengan uji regresi logistik multivariate.

Hasil analisis multivariate pada Tabel 3 menunjukkan bahwa variabel sosiodemografi yang berhubungan signifikan dengan kejadian *stunting* adalah kelompok umur, perkotaan/perdesaan, wilayah, dan penyakit diare. Berdasarkan kelompok umur diketahui bahwa kelompok umur balita 12-23 bulan berisiko mengalami *stunting* 3,88 kali dibandingkan balita kelompok umur 0-11 bulan. Sementara pada kelompok umur balita 24-59 bulan berisiko mengalami *stunting* 4,83 kali dibandingkan balita kelompok umur 0-11 bulan.

Responden balita di wilayah perdesaan berisiko mengalami *stunting* sebesar 1,49 kali dibandingkan balita di perkotaan. Responden balita di wilayah Kalimantan berisiko mengalami *stunting* sebesar 1,2 kali lebih besar dibandingkan balita di wilayah Jawa Bali. Sementara responden balita di wilayah Nusa Tenggara berisiko mengalami *stunting* sebesar 1,87 kali lebih besar dibandingkan balita di wilayah Jawa Bali. Menurut penyakit diare diketahui bahwa responden balita yang mengalami diare 1,4 kali berisiko *stunting* dibandingkan dengan responden yang tidak diare.

Tabel 1
Karakteristik Responden

Karakteristik	n= 84244	%
Status gizi		
– Stunting	23211	27,6
– Normal	61033	72,4
Jenis kelamin		
– Perempuan	41063	48,7
– Laki-laki	43181	51,3
Kelompok umur (bulan)		
– 0-11 bln	15228	18,1
– 12-23 bln	17762	21,1
– 24-59 bln	51254	60,8
Perkotaan/perdesaan		
– Perkotaan	46067	54,7
– Perdesaan	38177	45,3
Wilayah		
– Jawa Bali	44635	53,0
– Sumatera	20663	24,5
– Kalimantan	5541	6,6
– Sulawesi	6563	7,8
– Nusa Tenggara	4222	5,0
– Maluku	1181	1,4
– Papua	1440	1,7
Penyakit diare		
– Tidak	81885	97,2
– Ya	2359	2,8

Tabel 2
Distribusi Stunting Balita 0-59 Bulan menurut Karakteristik

Karakteristik	n= 84244	Status gizi balita		OR (CI 95%)*	p
		Stunting (%)	Normal (%)		
Jenis kelamin					
– Perempuan	41063	26,4	73,6	1	0,000
– Laki-laki	43181	28,7	71,3	1,123 (1,121-1,125)	
Kelompok umur (bulan)					
– 0-11 bln	15228	9,3	90,7	1	0,000
– 12-23 bln	17762	28,3	71,7	3,846 (3,831-3,861)	
– 24-59 bln	51254	32,7	67,3	4,753 (4,736-4,770)	
Perkotaan/perdesaan					
– Perkotaan	46067	23,9	76,1	1	0,000
– Perdesaan	38177	31,9	68,1	1,493 (1,490-1,496)	
Wilayah					
– Jawa Bali	44635	25,5	74,5	1	0,000
– Sumatera	20663	27,3	72,7	1,097 (1,095-1,100)	
– Kalimantan	5541	30,6	69,4	1,291 (1,286-1,296)	0,000
– Sulawesi	6563	30,8	69,2	1,300 (1,295-1,305)	0,000
– Nusa Tenggara	4222	41,1	58,9	2,041 (2,033-2,050)	0,000
– Maluku	1181	30,0	70,0	1,253 (1,243-1,263)	0,000
– Papua	1440	27,6	72,4	1,115 (1,107-1,124)	0,000
Penyakit diare					
– Tidak	81885	27,4	72,6	1	0,000
– Ya	2359	32,7	67,3	1,285 (1,278-1,292)	

Keterangan:*) Uji regresi logistik

Tabel 3
Analisis Regresi Logistik Multivariate Hubungan Sosiodemografi dengan Kejadian *Stunting*

Karakteristik	AOR*	CI 95%	p
Kelompok umur (bulan)			
- 0-11 bln		1	
- 12-23 bln	3,881	3,865-3,896	0,000
- 24-59 bln	4,834	4,817-4,852	0,000
Perkotaan/perdesaan			
- Perkotaan		1	
- Perdesaan	1,444	1,442-1,447	0,000
Wilayah			
- Jawa Bali		1	
- Sumatera	1,002	0,999-1,004	0,177
- Kalimantan	1,201	1,196-1,205	0,000
- Sulawesi	1,187	1,182-1,191	0,000
- Nusa Tenggara	1,874	1,866-1,882	0,000
- Maluku	1,131	1,122-1,140	0,000
- Papua	0,934	0,927-0,941	0,000
Penyakit diare			
- Tidak		1	
- Ya	1,409	1,401-1,417	0,000

Keterangan: *)AOR= *Adjusted odd ratio*

BAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan prevalensi *stunting* pada balita (0-59 bulan) sebesar 27,6 persen. Temuan ini lebih rendah dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, 2013, dan 2018 yaitu masing-masing secara berurutan 36,8 persen, 37,2 persen, dan 30,8 persen.^{2,3,4} Hasil penelitian lainnya menunjukkan balita *stunting* tingkat sedang di Bangladesh sebesar 26 persen, di India sebesar 24,3 persen dan di Nepal sebesar 24,3 persen sedangkan jumlah balita *stunting* tingkat berat di Bangladesh sebesar 15,2 persen, di India 23,7 persen, di Nepal 15,9 persen,¹⁰ dan prevalensi *stunting* balita di Nigeria sebesar 21 persen.¹¹ Sementara hasil prevalensi wasting-stunting balita 0-59 bulan di enam negara di Asia Tenggara (Kamboja, Laos, Myanmar, Thailand, Timor-Leste dan Vietnam) berkisar antara 1,05-5,30 persen.¹²

Kejadian stunting berdasarkan gender

Pada penelitian ini tidak menemukan adanya hubungan antara jenis kelamin dengan *stunting*. Penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian lain yang menunjukkan bahwa balita laki-laki lebih berisiko mengalami kejadian *stunting*.^{13,14} Namun penyebab terjadinya perbedaan jenis kelamin terkait dengan masalah *stunting* belum diketahui secara pasti.¹⁵

Kejadian stunting berdasarkan kelompok umur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur balita 12-59 bulan lebih berisiko mengalami

stunting. Hasil ini sejalan dengan penelitian Vonaesch, *et al.* (2017) yang menunjukkan bahwa balita (12-23 bulan) berisiko 4 kali (AOR 3.98; 95% CI: 2.45; 6.46) untuk menjadi *stunting* dibandingkan dengan bayi (0-11 bulan), sedangkan balita (24-59 bulan) berisiko 4,5 kali (AOR 4.42; 95% CI: 2.36; 8.28) mengalami kejadian *stunting* dibandingkan dengan bayi (0-11 bulan).¹⁶ Penelitian yang dilakukan oleh Adhikari, *et al.* (2019) dan penelitian Torlesse, *et al.* (2016) juga menunjukkan bahwa balita yang berusia lebih tua berisiko lebih tinggi mengalami *stunting* dibandingkan balita berusia 0-11 bulan.^{17,18} Temuan ini memperkuat argumen bahwa faktor-faktor seperti pemberian makanan pendamping ASI yang tidak memadai dan rendahnya keanekaragaman makanan minimum mungkin menjadi area yang paling penting untuk ditangani dalam intervensi kesehatan masyarakat dalam rangka menurunkan prevalensi *stunting*, terutama di antara balita berusia 12-59 bulan.¹⁹ Sementara pemberian ASI pada tahun ke-2 dan ke-3 kehidupan ditemukan memiliki hubungan yang signifikan dengan *stunting* dan *stunting* berat.²⁰

Kejadian stunting berdasarkan penyakit diare

Penelitian ini menunjukkan hasil bahwa balita yang mengalami penyakit diare berisiko menjadi *stunting* dibandingkan balita yang tidak diare. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Dake, *et al.* (2019) mendapatkan bahwa balita yang menderita diare memiliki risiko *stunting* 2,5 kali dibandingkan balita yang sehat.²¹ Penelitian serupa juga menunjukkan

keterkaitan balita yang menderita diare dengan kejadian *stunting*.^{22,23,24,25} Diare berakibat pada nafsu makan yang buruk, gangguan pencernaan dan malabsorpsi.²¹ Selama episode diare, balita kehilangan cairan dan mikronutrien, yang dapat menyebabkan malnutrisi jika tidak diganti secara memadai.¹⁹ Namun pada hasil studi Modern G, *et al* (2020) tidak menunjukkan adanya hubungan antara diare dengan kejadian *stunting*.²⁶ Studi meta analisis justru menemukan bahwa akses sanitasi di tingkat masyarakat dikaitkan dengan kemungkinan *stunting* yang lebih rendah pada balita. Pada balita dengan akses sanitasi yang baik menunjukkan keuntungan lebih lanjut dalam mengurangi risiko *stunting*.²⁷ Hal ini juga didukung oleh studi sebelumnya yang menemukan penurunan risiko kematian, diare, dan *stunting* pada balita yang tinggal di rumah tangga dengan akses sanitasi yang lebih baik.²⁸

Kejadian stunting berdasarkan perkotaan/perdesaan

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara balita yang tinggal di perkotaan dan perdesaan dengan kejadian *stunting*. Balita yang tinggal di daerah perdesaan memiliki risiko *stunting* sebesar 1,49 kali lebih besar (AOR 1,450; 95%CI : 1,447-1,452) dibandingkan balita yang tinggal di daerah perkotaan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian di Bangladesh yang menyebutkan bahwa prevalensi *stunting* secara signifikan lebih tinggi di perdesaan dibandingkan dengan perkotaan,²⁹ sedangkan hasil sebaliknya dari penelitian Samuel, *et al.* (2013) yang mendapatkan hasil bahwa prevalensi *stunting* untuk wilayah perkotaan lebih tinggi dibandingkan wilayah perdesaan, tetapi wilayah perdesaan memiliki prevalensi *stunting* yang lebih tinggi dibandingkan di wilayah perkotaan dengan kepadatan sedang dan rendah.

Perbandingan status gizi balita di perkotaan dan perdesaan harus mempertimbangkan adanya ketimpangan yang tersembunyi di daerah tersebut seperti tingkat ekonomi.³⁰ Hal ini juga dikuatkan dengan temuan sebelumnya dari Kennedy, *et al.* (2006) yang menyebutkan bahwa dalam semua kasus, bila menggunakan perbandingan perkotaan/perdesaan sederhana, prevalensi *stunting* secara signifikan lebih tinggi di daerah perdesaan. Namun, ketika populasi perkotaan dan perdesaan distratifikasi menggunakan

ukuran kekayaan, perbedaan dalam prevalensi *stunting* di daerah perkotaan dan perdesaan hampir tidak ada.³¹

Kejadian stunting berdasarkan wilayah kepulauan

Wilayah negara Indonesia terbentang dari Sabang hingga Merauke, dengan ribuan pulau kecil dan besar. Berdasarkan hasil analisis, ditemukan bahwa balita yang berada di wilayah kepulauan Nusa Tenggara memiliki risiko *stunting* 2,04 kali lebih tinggi (AOR 1,875; 95% CI : 1,867-1,882) dibandingkan dengan balita yang berada di wilayah kepulauan Jawa-Bali. Hasil ini sejalan dengan penelitian Kusriani dan Laksono, (2020) yang menunjukkan bahwa prevalensi balita *stunting* memiliki perbedaan berdasarkan wilayah regional. Balita di wilayah Nusa Tenggara 1,39 kali lebih berisiko mengalami *stunting* dibandingkan balita di wilayah Papua.³² Salah satu faktor yang berpengaruh adalah ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan di Indonesia bagian timur yang kurang tersedia dibandingkan dengan Indonesia wilayah barat. Disparitas pemanfaatan puskesmas antar daerah di pedesaan Indonesia, dimana wilayah-wilayah di Indonesia bagian barat cenderung memiliki pemanfaatan puskesmas yang lebih baik.³³ Hal ini dikuatkan dengan hasil penelitian Shibre *et al.* (2020) yang menunjukkan bahwa dalam hal wilayah subnasional, terdapat disparitas, dimana ada ketimpangan regional subnasional absolut dan relatif dalam kejadian *stunting* pada balita.³⁴

Keterbatasan pada penelitian ini adalah pengumpulan variabel yang sangat terbatas, maka untuk penelitian selanjutnya diharapkan variabel spesifik utama dikumpulkan bersamaan pada saat survey. Dukungan pemerintah dalam kegiatan konvergensi penurunan *stunting* melalui 8 aksi diharapkan berdampak signifikan dalam perbaikan gizi balita, khususnya penurunan balita *stunting*. Kegiatan tersebut adalah: analisis situasi, rencana kegiatan, rembuk *stunting*, peraturan bupati/walikota tentang peran desa, pembinaan kader pembangunan manusia (KPM), sistem manajemen data, pengukuran dan publikasi *stunting*, dan review kinerja tahunan.³⁵

KESIMPULAN

Walaupun dengan variabel terbatas, penelitian ini menunjukkan adanya risiko *stunting* pada balita dengan umur di atas 11 bulan, tinggal di perdesaan pada wilayah Nusa Tenggara Timur, dan mengalami penyakit diare.

SARAN

Perlu penambahan variabel spesifik pada survey gizi selanjutnya yang dikumpulkan secara bersamaan. Pemerataan pembangunan kesehatan di wilayah Indonesia timur, khususnya Nusa Tenggara diharapkan dapat menjadi solusi percepatan penurunan angka kejadian *stunting* pada balita.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI yang telah memberikan izin penggunaan data.

RUJUKAN

1. Development Initiative Poverty Research. Global Nutrition Report. *The Global Nutrition Report's Independent Expert Group*. 2020. 168 p.
2. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, 2008.
3. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2013.
4. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta; Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2019.
5. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualising Complementary Feeding in a Broader Framework for Stunting Prevention. *Matern Child Nutr*. 2013;9(S2):27–45.
6. Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2024*. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden RI; 2018.
7. Indonesia, Kementerian BPPN/Bappenas KPP. *Perpres RI Nomor 2 tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, Buku I: Agenda Pembangunan Nasional*. Jakarta: Bappenas; 2014. 311 p.
8. Hanandita W, Tampubolon G. The Double Burden of Malnutrition in Indonesia: Social Determinants and Geographical Variations. *SSM Popul Heal*. 2015;18(1):16–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2015.10.002>
9. de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A PA. WHO Child Growth Standards. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51(12):1002–1002.
10. Raj A, McDougal LP SJ. Gendered Effects of Siblings on Child Malnutrition in South Asia: Cross-sectional Analysis of Demographic and Health Surveys from Bangladesh, India, and Nepal. *Matern Child Heal J*. 2015;19(1):217–226.
11. Akombi BJ, Agho KE, Hall JJ, Merom D, Astell-Burt T, Renzaho AMN. Stunting and Severe Stunting among Children under-5 years in Nigeria: A Multilevel Analysis. *BMC Pediatr*. 2017;17(1):1–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-016-0770-z>
12. Mutunga M, Frison S, Rava M, Bahwere P. The Forgotten Agenda of Wasting in Southeast Asia: Burden, Determinants and Overlap with Stunting: A Review of Nationally Representative Cross-sectional Demographic and Health Surveys in Six Countries. *Nutrients*. 2020;12(2).
13. Gebru KF, Haileselassie WM, Temesgen AH, Seid AO, Mulugeta BA. 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;19:1–13.
14. 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.
15. Thurstans S, Opondo C, Seal A, Wells J, Khara T, Dolan C, et al. Boys are More Likely to be Undernourished than Girls: A Systematic Review and Meta-analysis of Sex Differences in Undernutrition. *BMJ Glob Heal*. 2020;5(12).
16. Vonaesch P, Tondeur L, Breurec S, Bata P, Nguyen LBL, Frank T, et al. Factors Associated with Stunting in Healthy Children Aged 5 years and Less Living in Bangui (RCA). *PLoS One*. 2017;12(8).
17. Adhikari RP, Shrestha ML, Acharya A, Upadhyaya N. Determinants of Stunting among Children Aged 0-59 Months in Nepal: Findings from Nepal Demographic and Health Survey, 2006, 2011, and 2016. *BMC Nutr*. 2019;5(1):1–10.

18. 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(1):1–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3339-8>
19. Balalian AA, Simonyan H, Hekimian K, Deckelbaum RJ, Sargsyan A. Prevalence and Determinants of Stunting in a Conflict-ridden Border Region in Armenia - A cross-sectional study. *BMC Nutr*. 2017;3(1):1–13.
20. Syeda B, Agho K, Wilson L, Maheshwari GK, Raza MQ. Relationship between Breastfeeding Duration and Undernutrition Conditions among Children Aged 0–3 Years in Pakistan. *Int J Pediatr Adolesc Med*. 2021;8(1):10–7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.01.006>
21. Dake SK, Solomon FB, Bobe TM, Tekle HA, Tufa EG. Predictors of Stunting among Children 6-59 Months of Age in Sodo Zuria District, South Ethiopia: A community based cross-sectional study. *BMC Nutr*. 2019;5(1):1–7.
22. Demirchyan A, Petrosyan V, Sargsyan V, Hekimian K. Predictors of Stunting among Children ages 0 to 59 Months in a Rural Region of Armenia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;62(1):150–6.
23. Ikeda N, Irie Y, Shibuya K. Determinants of Reduced Child Stunting in Cambodia: Analysis of Pooled Data from three Demographic and Health Surveys. *Bull World Health Organ*. 2013;91(5):341–9.
24. Paudel R, Pradhan B, Wagle RR, Pahari DP, Onta SR. Risk Factors for Stunting among Children: A community based Case Control Study in Nepal. *Kathmandu Univ Med J*. 2012;10(39):18–24.
25. Richard SA, Black RE, Gilman RH, Guerrant RL, Kang G, Lanata CF, et al. Catch-up Growth Occurs after Diarrhea in Early Childhood. *J Nutr*. 2014;144(6):965–71.
26. Modern G, Sauli E, Mpolya E. Correlates of Diarrhea and Stunting among Under-five Children in Ruvuma, Tanzania; A Hospital-based Cross-sectional Study. *Sci African*. 2020;8:e00430. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2020.e00430>
27. Larsen DA, Grisham T, Slawsky E, Narine L. An Individual-level Meta-analysis Assessing the Impact of Community-level Sanitation Access on Child Stunting, Anemia, and Diarrhea: Evidence from DHS and MICS surveys. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017;11(6):1–13.
28. Fink G, Günther I, Hill K. The Effect of Water and Sanitation on Child Health: Evidence from the Demographic and Health Surveys 1986-2007. *Int J Epidemiol*. 2011;40(5):1196–204.
29. Akram R, Sultana M, Ali N, Sheikh N, Sarker AR. Prevalence and Determinants of Stunting Among Preschool Children and Its Urban–Rural Disparities in Bangladesh. *Food Nutr Bull*. 2018;39(4):521–35.
30. Samuel FO. Pattern of Stunting Among Under-Five Children in Selected Urban and Rural Communities in Oyo State, Nigeria. *Infant, Child, Adolesc Nutr*. 2013;5(6):393–8.
31. Kennedy G, Nantel G, Brouwer ID, Kok FJ. Does Living in an Urban Environment Confer Advantages for Childhood Nutritional Status? Analysis of Disparities in Nutritional Status by Wealth and Residence in Angola, Central African Republic and Senegal. *Public Health Nutr*. 2006;9(2):187–93.
32. Kusriani I, Laksono AD. Regional Disparities of Stunted Toddler in Indonesia. *Indian J Forensic Med Toxicol*. 2020;14(3):1916–20.
33. Laksono AD, Wulandari RD, Soedirham O. Regional Disparities of Health Center Utilization in Rural Indonesia. *Malaysian J Public Heal Med*. 2019;19(1):158–66.
34. Shibre G, Zegeye B, Haidar J. Extent of and Trends in Inequalities in Child Stunting in Sierra-Leone from 2005 to 2013: Evidence from Demographic and Health Surveys and Multiple Indicator Cluster Surveys. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):1–10.
35. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas. Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota. *Rencana Aksi Nasional dalam Rangka Penurunan Stunting Rembuk Stunting*. 2018. [sitasi 20 Maret 2021]. Dalam: <https://www.bappenas.go.id>