



**FAKTOR DETERMINAN BALITA STUNTING PADA DESA LOKUS
DAN NON LOKUS DI 13 KABUPATEN LOKUS STUNTING DI INDONESIA TAHUN 2019
(DETERMINANT FACTORS OF UNDER-FIVE CHILDREN STUNTING AT LOCUS AND NON-
LOCUS VILLAGES IN 13 STUNTING LOCUS DISTRICTS IN INDONESIA IN 2019)**

Yurista Permanasari, Ika Saptarini, Nurillah Amaliah, Aditianti, Amalia Safitri, Nuzuliyati Nurhidayati, Yunita Diana Sari, Prisca Petty Arfines, Irlina Raswanti Irawan, Dyah Santi Puspitasari, Febriani, Budi Setyawati, Rika Rachmawati, Elisa Diana Julianti, Rika Rachmalina, Andi Susilowati, Novianti, Dwi Sisca Kumala Putri

Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
Jl. Percetakan Negara no 29 Jakarta, Indonesia
E-mail: yurista.permanasari@gmail.com

Diterima: 26-11-2021

Direvisi: 24-12-2021

Disetujui: 29-12-2021

ABSTRACT

The implementation of government policies in stunting prevention has been carried out from the central level to the village level. The Ministry of Home Affairs annually establishes stunting locus villages in 34 provinces. At the stunting locus village, sensitive and specific interventions were carried out. Many factors influence the prevalence of stunting. This study aims to determine the determinants of stunting in locus and non-locus villages in 13 stunting locus districts in Indonesia. This study was a quantitative study with a cross-sectional design. The study was conducted in 13 districts of stunting locus. Each district was chosen one sub-district which was then selected one locus of stunting village and one village of non locus. In each village 90 children were selected. Data analysis was carried out univariate, bivariate, and multivariate with logistic regression test to see the relationship between independent and dependent variables after being controlled by several variables. The results showed that 20 percent lower chance of stunting in locus villages than non locus villages. Toddlers who are breastfed for more than 24 months have a 1.7 times risk of becoming stunted. Toddlers who do not do early initiation of breastfeeding have a 1.5 times risk of becoming stunted compared to toddlers who do early initiation of breastfeeding. High maternal education can prevent stunting 2 times compared to mothers with low education. The selection of stunting locus villages affects the prevalence of stunting. In addition, several determinant factors influence the incidence of stunting, namely the sex of the child, the duration of breastfeeding more than 24 months, the child's age, early initiation of breastfeeding, growth monitoring, the mother's age and the mother's education.

Key word: *stunting, locus village, determinant*

ABSTRAK

Implementasi kebijakan pemerintah dalam pencegahan stunting telah dilaksanakan mulai dari tingkat pusat sampai tingkat desa. Kementerian Dalam Negeri setiap tahun menetapkan desa lokus stunting di 34 provinsi. Pada desa lokus stunting dilakukan intervensi sensitif dan spesifik. Banyak faktor yang mempengaruhi prevalensi stunting. Studi ini bertujuan untuk mengetahui faktor determinan kejadian stunting pada desa lokus dan non lokus di 13 kabupaten lokus stunting di Indonesia. Studi ini merupakan studi kuantitatif dengan desain potong lintang. Penelitian dilakukan di 13 Kabupaten lokus stunting, setiap kabupaten dipilih satu kecamatan yang kemudian dipilih satu desa lokus stunting dan satu desa non lokus. Pada setiap desa dipilih 90 balita. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat, dan multivariat dengan uji regresi logistik untuk melihat hubungan variabel bebas dan terikat setelah dikontrol oleh beberapa variabel. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa peluang terjadinya stunting 20 persen lebih rendah di desa lokus dibanding desa non lokus. Balita yang mendapatkan ASI lebih dari 24 bulan berisiko 1,7 kali menjadi stunting. Balita yang tidak melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) berisiko 1,5 kali menjadi stunting dibandingkan dengan balita yang melakukan IMD. Pendidikan ibu yang tinggi dapat mencegah kejadian stunting 2 kali dibandingkan ibu berpendidikan rendah. Pemilihan desa lokus stunting memengaruhi kejadian stunting. Selain itu, terdapat beberapa faktor determinan yang memengaruhi kejadian stunting yaitu jenis kelamin anak, durasi menyusui ASI lebih dari 24 bulan, usia anak, IMD, pemantauan pertumbuhan, umur ibu dan pendidikan ibu. **[Penel Gizi Makan 2021, 44(2):79-92]**

Kata kunci: *stunting, desa lokus, determinan*

PENDAHULUAN

Salah satu sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah menurunkan prevalensi gizi kurang pada balita¹. *World Health Assembly (WHA)* menargetkan penurunan prevalensi *stunting* sebanyak 40 persen pada tahun 2013 menjadi 22 persen pada tahun 2025². Prevalensi *stunting* di Indonesia setiap tahun, cenderung menurun, yang ditunjukkan Hasil Riset Kesehatan Dasar (*Riskesdas*) yaitu pada tahun 2007 sebesar 36,8 persen³ tahun 2013 sebesar 37,2 persen⁴ dan tahun 2018 menunjukkan angka 30,8 persen⁵.

Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya². *Stunting* pada masa kanak-kanak memiliki konsekuensi jangka pendek dan jangka panjang, yang akan memengaruhi kesehatan dan perkembangan selanjutnya, yang pada akhirnya akan berpengaruh pada kualitas sumber daya manusia. Selain pertumbuhan fisik yang buruk, *stunting* memengaruhi risiko infeksi dan kematian pada masa kanak-kanak, perkembangan kognitif dan motorik, kapasitas belajar dan prestasi sekolah. Kemudian memengaruhi produktivitas, upah yang diterima, dan kesehatan reproduksi. *Stunting* yang diikuti dengan penambahan berat badan yang berlebihan pada masa kanak-kanak dapat meningkatkan risiko penyakit kronis seperti diabetes dan penyakit jantung⁶.

Kejadian *stunting* disebabkan oleh berbagai faktor seperti asupan gizi, pola asuh, infeksi dan lingkungan. Berdasarkan hasil sistematik review yang dilakukan oleh Dwan dkk mendapatkan bahwa mikotoksin yang terdapat dalam makanan, sanitasi yang kurang memadai, lantai tanah pada rumah, bahan bakar memasak berkualitas buruk, dan pembuangan limbah yang tidak memadai menjadi faktor terjadinya *stunting*⁷. Penelitian di Nepal mendapatkan bahwa bayi yang lahir dengan kondisi keluarga yang miskin memiliki risiko menjadi *stunting* sebanyak 1,51 kali dibandingkan dengan keluarga yang lebih mapan, begitu juga dengan pendidikan ibu yang rendah menyebabkan risiko *stunting* lebih besar 1,57 kali⁸. Penelitian lain yang dilakukan oleh Joemer dkk dengan sampel ibu muda (14-24 tahun) mendapatkan bahwa ibu yang mempunyai kehamilan sebelumnya menyebabkan risiko *stunting* di usia 12 sampai 24 bulan sebanyak 1,51 kali dibandingkan ibu yang belum pernah hamil, hal ini diprediksi karena nutrisi ibu yang tidak adekuat pada saat hamil sehingga menyebabkan anak lahir

dengan risiko berat badan rendah sehingga berdampak pada pertumbuhan anak selanjutnya⁹.

Upaya penurunan prevalensi *stunting* di Indonesia salah satunya melalui program “Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi” yang telah ditetapkan oleh presiden tahun 2013. Upaya lain yang dilakukan dalam percepatan pencegahan *stunting* yaitu dengan menetapkan wilayah prioritas dan strategi percepatan pencegahan *stunting* serta menyiapkan strategi kampanye nasional *stunting*.² Tim nasional percepatan penanggulangan kemiskinan (*TNP2K*) pada tahun 2017 telah menetapkan lokus untuk intervensi penurunan *stunting* yaitu sebanyak 8 kabupaten/kota sebagai tahap awal, kemudian tahun 2018 sebanyak 100 kabupaten/kota, tahun 2019 daerah lokus diperluas menjadi 160 kabupaten/kota kemudian tahun 2020 menjadi 390 kabupaten/kota dan tahun 2021 direncanakan sebanyak 514 kabupaten/kota dan akan terus diperluas secara bertahap sampai tahun 2024^{10,11}.

Pencegahan *stunting* memerlukan intervensi gizi yang terpadu yaitu intervensi gizi sensitif dan spesifik. Intervensi gizi sensitif untuk mengatasi penyebab tidak langsung dan sebagai sarannya adalah ibu hamil sampai anak balita, mencakup: peningkatan akses pangan bergizi; peningkatan kesadaran dan komitmen serta praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi-kesehatan; peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi. Intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung terjadinya *stunting* meliputi: kecukupan asupan makanan dan gizi, pemberian makan, perawatan dan pola asuh, pengobatan penyakit infeksi¹¹.

Implementasi kebijakan pemerintah dalam pencegahan *stunting* baik intervensi gizi sensitif maupun intervensi gizi spesifik telah dilaksanakan mulai dari tingkat pusat, provinsi sampai tingkat desa seharusnya sudah dilaksanakan. Kementerian Dalam Negeri, melalui Direktorat Bina Pembangunan Daerah, setiap tahun menetapkan desa lokus prioritas *stunting* di 34 provinsi sebagai bentuk pelaksanaan program yang merata di seluruh Indonesia. Hingga akhir Oktober 2020, terdapat 10.937 desa/kelurahan yang merupakan lokus terintegrasi *stunting* dari 2018 hingga 2021¹⁰. Usulan desa/kelurahan lokus *stunting* ke Kemendagri berasal dari pemerintah daerah. Pada desa lokus *stunting* dilakukan intervensi sensitive dan spesifik. Penyebab *stunting* umumnya tidak berdiri sendiri, tetapi kombinasi

dari beberapa penyebab stunting. Diperlukan kerja sama semua komponen masyarakat dalam upaya penurunan stunting¹⁰. Menurut Penelitian di Desa Lokus Stunting, Kabupaten Pati, 1) kurangnya asupan makanan; 2) pola asuh yang kurang memadai; 3) keturunan pendek; 4) tidak mendapatkan ASI eksklusif; 5) tidak mendapatkan IMD; 6) sanitasi lingkungan yang kurang; 7) BBLR; 8) ibu saat hamil mengalami anemia¹²¹⁴. Berdasarkan hal tersebut, artikel ini ingin untuk mengetahui faktor determinan prevalensi stunting pada desa lokus dan non lokus di 13 kabupaten lokus stunting di Indonesia berdasarkan riset evaluasi program nasional percepatan penanggulangan stunting pada kabupaten prioritas (2019).

METODE

Studi ini merupakan studi kuantitatif dengan desain potong-lintang. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner terstruktur yang telah diujicobakan serta pengukuran antropometri. Penelitian dilakukan di 13 Kabupaten lokus stunting yang dipilih secara purposive dari untuk mewakili 3 regional yaitu regional barat, tengah, dan timur. Adapun 13 kabupaten tersebut adalah: Rokan Hulu (Riau), Lampung Tengah (Lampung), Tasikmalaya (Jawa Barat), Cianjur (Jawa Barat), Pemalang (Jawa Tengah), Brebes (Jawa Tengah), Ketapang (Kalimantan Barat), Hulu Sungai Utara (Kalimantan Selatan), Lombok Tengah (NTB), Gorontalo (Gorontalo), Mamuju (Sulawesi Barat), Maluku Tengah (Maluku), dan Lanny jaya (Papua).

Dari setiap kabupaten dipilih satu kecamatan yang desanya termasuk ke dalam desa lokus stunting. Pada setiap kecamatan dipilih 2 desa yaitu satu desa lokus stunting dan satu desa non lokus. Desa lokus ditentukan oleh pemerintah pusat dan daerah. Dalam penelitian ini daftar data desa lokus diperoleh dari pemerintah daerah setempat. Pemilihan desa dilakukan secara *purposive* dengan mempertimbangkan desa dengan angka prevalensi stunting tinggi. Penentuan prevalensi stunting berdasarkan data bulan penimbangan terakhir (bulan Februari 2019). Jumlah balita yang akan menjadi sampel dihitung berdasarkan perhitungan sampel, sehingga masing-masing desa dipilih sebanyak 90 balita. Penentuan sampel balita di setiap desa dilakukan dengan cara membuat listing nama balita menggunakan data bulan penimbangan balita (bulan Februari 2019) yang diperoleh dari Tenaga Pelaksana Gizi (TPG)

puskesmas yang membawahi desa lokus dan non lokus, kemudian sampel dipilih secara acak. Kriteria inklusi sampel balita ialah anak yang berusia 0-59 bulan pada saat pengumpulan data dan berdomisili di desa lokasi penelitian. Kriteria eksklusi balita ialah mempunyai cacat fisik atau kelainan bawaan sehingga sulit diukur antropometri. Variabel terikat pada studi ini adalah prevalensi stunting dengan dua kriteria yaitu normal dan stunting. Sedangkan variabel bebas yang dikumpulkan meliputi desa lokus dan non lokus.

Total sampel sebelum dilakukan cleaning data sebanyak 2.068 responden. Setelah dilakukan data cleaning dengan tidak mengikutsertakan variabel missing didapatkan sebanyak 1.981 responden diikuti dalam analisis yang terdiri dari 1.030 (52%) responden dari desa lokus dan 951 (42%) dari desa non lokus. Untuk mengetahui determinan prevalensi *stunting*, penelitian ini memasukkan variabel-variabel yaitu faktor lingkungan dan rumah tangga, anak, dan ibu. Variabel lingkungan berupa kategori desa lokus yang dibagi menjadi dua yaitu desa lokus dan desa non-lokus. Penelitian ini juga memasukkan variabel karakteristik rumah tangga yaitu jumlah balita dan sumber air minum. Jumlah balita dibagi menjadi dua kategori yaitu satu balita dan lebih dari satu balita. Sedangkan sumber air minum dikategorikan menjadi layak dan tidak layak. Sumber air minum dikategorikan layak jika sumber air minum didapatkan dari air ledeng/PDAM atau air ledeng eceran/membeli atau sumur bor/pompa atau sumur gali terlindung atau mata air terlindung atau penampungan air hujan.

Faktor ibu terdiri dari usia, pendidikan, pekerjaan, konsumsi TTD selama kehamilan, PMT ibu hamil dan tempat persalinan. Umur ibu dibagi menjadi empat kategori yaitu <25 tahun, 25-34 tahun, 35-44 tahun dan ≥45 tahun. Pendidikan ibu dibagi menjadi empat kategori yaitu ≤tamam SD, Tamam SMP, Tamam SMA dan Tamam PT. Sedangkan pekerjaan ibu dibagi menjadi dua yaitu bekerja dan tidak bekerja. Konsumsi tablet tambah darah selama kehamilan dibagi menjadi dua kategori yaitu ≥90 tablet dan <90 tablet. PMT selama kehamilan dibagi menjadi dua mendapatkan PMT dan tidak mendapat PMT. Tempat persalinan dibagi menjadi dua kategori yaitu persalinan di fasilitas kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Klinik atau praktek nakes) dan non fasyankes.

Faktor anak meliputi jenis kelamin, usia, inisiasi menyusui dini (IMD), durasi mendapatkan ASI, kejadian diare, kecacingan dan ISPA, mendapatkan PMT Balita serta

pemantauan pertumbuhan. Usia anak dibagi menjadi dua kategori yaitu <24 bulan dan 24-59 bulan. Sedangkan IMD dibagi menjadi dua yaitu IMD dan tidak IMD. Anak dikategorikan IMD jika setelah lahir segera ditempel ke dada ibu minimal satu jam. Durasi mendapat ASI dikategorikan menjadi empat kategori yaitu <6 bulan, 6-11 bulan, 12-23 bulan dan ≥24 bulan. Kejadian diare dan ISPA diukur selama satu bulan sebelum wawancara. Sedangkan kecacingan diukur selama umur responden. PMT balita dikategorikan menjadi dua yaitu mendapat PMT dan tidak mendapat PMT. Sedangkan pemantauan pertumbuhan dikategorikan menjadi dua melakukan dan tidak melakukan. Anak dikategorikan melakukan pemantauan pertumbuhan jika selama satu tahun terakhir dilakukan penimbangan minimal delapan kali dan di plot di buku pemantauan pertumbuhan.

Penilaian status gizi dilakukan berdasarkan hasil pengukuran antropometri Tinggi Badan/Panjang badan balita. Pengukuran dilakukan menggunakan alat ukur multifungsi dengan kapasitas ukur 2 meter dan ketelitian 0,1 cm. Pengukuran antropometri dilakukan oleh enumerator dengan latar belakang pendidikan gizi dan kesehatan yang sebelumnya sudah dilatih oleh tim peneliti. Balita digolongkan stunting bila dari hasil analisis pengukuran nilai Z-score kurang dari -2 standar deviasi dan normal bila nilai Z-score ≥ -2 standar deviasi.

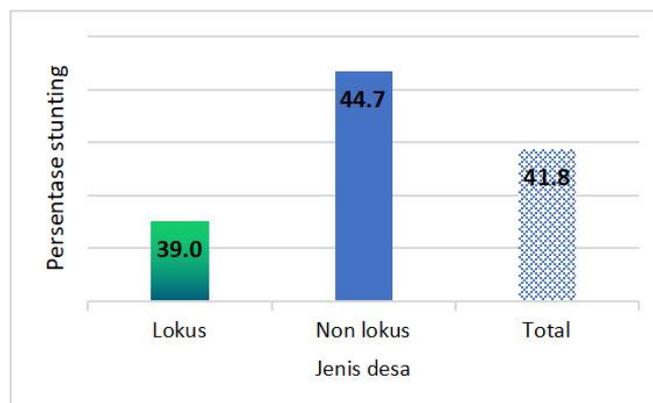
Analisis data univariat, bivariat dan multivariat dilakukan dengan menggunakan software SPSS versi 21. Analisis deskriptif dilakukan untuk mengetahui gambaran umum variabel yang digunakan dalam penelitian ini. Selanjutnya dilakukan uji regresi logistik multivariat untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan terikat setelah dikontrol oleh beberapa variabel. Hasil dari uji ini ditampilkan sebagai *Odds Ratio* (OR) dengan

95% Confidence Interval. Jika nilai p kurang dari 0,05 maka dianggap memiliki hubungan bermakna secara statistik. Studi ini telah mendapatkan persetujuan etik penelitian dari Komisi Etik Penelitian Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI. Dengan Nomor: LB.02.01/2/ KE.069/2019 yang dikeluarkan pada tanggal 14 Maret 2019. Seluruh responden dalam studi ini mendapatkan penjelasan sebelum persetujuan sebelum menandatangani *informed consent* yang menyatakan kerelaan untuk berpartisipasi.

HASIL

Hasil penelitian yang dilakukan pada 13 kabupaten lokus stunting menunjukkan bahwa persentase balita stunting sebesar 41,8 persen. Apabila dilihat berdasarkan desa lokus dan non lokus maka persentase stunting lebih tinggi pada desa non lokus (44,7%) dibanding desa lokus (39,0%) (Gambar 1).

Tabel 1. memperlihatkan hasil analisis deskriptif distribusi proporsi stunting menurut karakteristik responden. Variabel yang berhubungan secara statistik pada karakteristik anak adalah jenis kelamin, usia anak, IMD dan durasi ASI, pemberian PMT Balita dan pemantauan pertumbuhan. Terlihat bahwa persentase stunting lebih tinggi pada anak laki-laki (43%) dibandingkan perempuan, dan lebih tinggi (48%) pada kelompok umur 24-59 bulan. Persentase anak stunting yang tidak mendapatkan IMD pada saat kelahiran lebih besar (42,5%), dan durasi pemberian ASI paling tinggi pada umur ≥24 bulan (54%) dibandingkan pada kelompok umur lainnya. Balita yang mengalami stunting lebih banyak mendapat PMT (44%), serta lebih banyak yang mendapatkan pemantauan pertumbuhan (44,5%). Variabel yang tidak berhubungan bermakna secara statistik pada karakteristik anak adalah kejadian diare, kecacingan, dan ISPA.



Gambar 1
Persentase Stunting Menurut Desa Lokus dan Non Lokus

Tabel 1
Distribusi Proporsi Stunting berdasarkan Karakteristik Responden

Variabel	Normal	Stunting	p-value
	n (%)	n (%)	
Karakteristik Anak			
Jenis kelamin anak			
Laki-laki	577 (56,0)	453 (43,0)	0.036*
Perempuan	577 (60,7)	374 (39,3)	
Usia anak			
<24 bulan	479 (69,9)	206 (30,1)	0.000***
24-59 bulan	675 (52,1)	621 (47,9)	
IMD			
IMD	108 (66,3)	55 (33,7)	0.031*
Tidak IMD	1046 (57,5)	772 (42,5)	
Durasi ASI			
<6 bulan	198 (65,6)	104 (34,4)	0.000***
6-11 bulan	203 (73,3)	74 (26,7)	
12-23 bulan	455 (60,4)	298 (39,6)	
≥24 bulan	298 (45,9)	351 (54,1)	
Diare			
Ya	125 (54,6)	104 (45,4)	0.231
Tidak	1029 (58,7)	723 (41,3)	
Kecacingan			
Ya	51 (54,8)	42 (45,2)	0.494
Tidak	1103 (58,4)	785 (41,6)	
ISPA			
Ya	171 (58,2)	123 (41,8)	0.973
Tidak	983 (58,3)	704 (41,7)	
PMT Balita			
Mendapat	607 (56,1)	476 (43,9)	0.029*
Tidak	547 (60,9)	351 (39,1)	
Pantau Pertumbuhan			
Ya	637 (55,5)	510 (44,5)	0.004**
Tidak	517 (62,0)	317 (38,0)	
Karakteristik Ibu			
Umur ibu			
<25 tahun	231 (65,6)	121 (34,4)	0.001**
25-34 tahun	589 (58,5)	417 (41,5)	
35-44 tahun	303 (54,9)	249 (45,1)	
≥45 tahun	31 (43,7)	40 (56,3)	
Pendidikan ibu			
≤ tamat SD	461 (53,9)	395 (46,1)	0.000***
Tamat SMP	334 (56,3)	259 (43,7)	
Tamat SMA	279 (66,3)	142 (33,7)	
Tamat PT	80 (72,1)	31 (27,9)	
Pekerjaan ibu			
Tidak bekerja	753 (59,0)	524 (41,0)	0.386
Bekerja	401 (57,0)	303 (43,0)	
Konsumsi TTD			
≥90 tablet	425 (58,2)	305 (41,8)	0.981
<90 tablet	729 (58,3)	522 (41,7)	
PMT ibu hamil			
Mendapat	551 (58,2)	396 (41,8)	0.952
Tidak	603 (58,3)	431 (41,7)	
Tempat persalinan			
Fasyankes	880 (59,5)	600 (40,5)	0.061
Non fasyankes	1154 (54,7)	827 (45,3)	
Karakteristik RUTA			
Jumlah balita			
1 balita	1039 (58,3)	743 (41,7)	0.889
>1 balita	115 (57,8)	84 (42,2)	
Sumber air minum			
Layak	740 (57,2)	553 (42,8)	0.206
Tidak layak	414 (60,2)	274 (39,8)	

Ket: *p value <0,05, ** p value <0,01, ***p value <0,001. (Uji chi-square)

Pada karakteristik ibu, terlihat bahwa persentase stunting lebih besar terjadi pada balita yang memiliki ibu berumur 45 tahun atau lebih (56,3%) dan persentase terendah pada ibu dengan umur <25 tahun (34,4%). Berdasarkan pendidikan ibu, persentase stunting tertinggi pada balita dengan ibu berpendidikan tidak tamat SD atau tidak sekolah (46%), sedangkan ibu berpendidikan tamat Perguruan Tinggi memiliki persentase terendah (28%) untuk melahirkan anak stunting. Kedua variabel tersebut bermakna secara statistik. Sedangkan variabel yang tidak berhubungan secara statistik adalah pekerjaan ibu, konsumsi tablet tambah darah (TTD), pemberian PMT ibu hamil, dan tempat persalinan.

Pada karakteristik rumah tangga bahwa dua variabel yaitu jumlah balita dan sumber air minum tidak berhubungan bermakna dengan stunting.

Tabel 2 menunjukkan proporsi stunting menurut desa lokus maupun non lokus. Pada karakteristik anak tidak terlihat adanya hubungan yang bermakna terhadap stunting pada balita yang di desa lokus maupun non lokus. Proporsi stunting menurut jenis kelamin baik pada laki-laki maupun perempuan, lebih dari 50 persen banyak berada di desa non lokus. Demikian juga dengan variabel usia anak, dimana lebih dari separuh anak balita di desa non lokus sudah mengalami stunting ketika berada di usia kurang dari 24 bulan (51,5%). Jika dilihat dari IMD yang dilakukan ketika anak baru lahir maka anak yang melakukan IMD pada desa lokus lebih banyak mengalami stunting (52,7%) dibandingkan dengan desa non lokus (47,3%).

Pada desa lokus, stunting terjadi pada balita yang mendapatkan ASI kurang dari 6 bulan (58,6%) dan ada kecenderungan menurun sesuai dengan bertambahnya usia. Sedangkan untuk desa non lokus terlihat kecenderungan semakin lama balita mendapatkan ASI maka proporsi balita menjadi stunting semakin tinggi (41,4%) pada usia <6 bulan menjadi 52,7 persen pada usia ≥ 24 bulan. Kejadian penyakit yang diderita oleh balita stunting berupa diare, kecacingan dan ISPA proporsinya hampir sama baik pada desa lokus, maupun non lokus (50,0%) kecuali untuk ISPA yang lebih banyak terjadi di desa non lokus (52,1%). Proporsi

balita stunting yang mendapatkan PMT balita terbesar di daerah non lokus (50,2%). Untuk kegiatan pemantauan pertumbuhan banyak dilakukan oleh balita stunting di desa non lokus (51,6%).

Pada desa lokus semakin tua umur ibu peluang terhadap stunting semakin besar, sedangkan pada desa non lokus peluang stunting sebarannya hampir sama dan paling tinggi pada kelompok umur 35-44 tahun (53,8%). Untuk desa lokus semakin tinggi Pendidikan ibu semakin kecil peluang untuk terjadinya stunting pada balita. Namun hal sebaliknya untuk desa non lokus, dimana semakin tinggi Pendidikan ibu semakin besar proporsi balita untuk menjadi stunting. Proporsi kejadian stunting pada balita di desa lokus banyak terjadi pada ibu yang tidak bekerja (52,4%), namun tidak demikian halnya di desa non lokus, dimana proporsi kejadian stunting lebih besar pada ibu yang bekerja (57,8%). Proporsi ibu yang mengonsumsi TTD ≥ 90 tablet selama kehamilan ternyata hampir separuhnya mempunyai balita stunting baik di desa lokus (49,5%) maupun di desa non lokus (50,5%). Demikian juga dengan konsumsi PMT selama kehamilan, dimana 47,7% ibu hamil yang mendapatkan PMT di desa lokus dan 52,3 persen di desa non lokus mempunyai anak balita stunting. Proporsi ibu di desa lokus yang melakukan persalinan diluar fasilitas pelayanan Kesehatan mempunyai proporsi kejadian balita stunting sebesar 54,6 persen, hal ini berbeda dengan di desa non lokus, dimana ibu yang melakukan persalinan di fasyankes mempunyai proporsi kejadian balita stunting sebesar 53,7 persen. Pada karakteristik ibu ada 2 variabel yang berhubungan bermakna secara statistik dengan kejadian stunting yaitu variabel pekerjaan ibu dan tempat persalinan dimana nilai p-value <0,05. Pada karakteristik rumah tangga tidak ada variabel yang bermakna secara statistik terhadap stunting. Rumah tangga yang mempunyai lebih dari satu balita di desa non lokus mempunyai anak yang stunting sebesar 55,9 persen dibandingkan dengan desa lokus (44,1%). Rumah tangga yang mempunyai sumber air minum yang layak di desa non lokus ternyata mempunyai proporsi stunting yang lebih tinggi (51,9%) dibandingkan dengan desa lokus (48,1%).

Tabel 2
Distribusi Proporsi Stunting menurut desa Lokus dan Non Lokus

Variabel	Lokus	Non Lokus	p-value
	n (%)	n (%)	
Karakteristik Anak			
Jenis kelamin anak			
Laki-laki	225 (49,7)	228 (50,3)	0,502
Perempuan	177 (47,3)	197 (52,7)	
Usia anak			
<24 bulan	100 (48,5)	106 (51,5)	0,983
24-59 bulan	302 (48,6)	319 (51,4)	
IMD			
IMD	29 (52,7)	26 (47,3)	0,527
Tidak IMD	373 (48,3)	399 (51,7)	
Durasi ASI			
<6 bulan	61 (58,6)	43 (41,4)	0,112
6-11 bulan	39 (52,7)	35 (47,3)	
12-23 bulan	136 (45,6)	162 (54,4)	
≥24 bulan	166 (47,3)	185 (52,7)	
Diare			
Ya	52 (50,0)	52 (50,0)	0,762
Tidak	350 (48,4)	373 (51,6)	
Kecacingan			
Ya	21 (50,0)	21 (50,0)	0,853
Tidak	381 (48,5)	404 (51,5)	
ISPA			
Ya	59 (47,9)	64 (52,1)	0,877
Tidak	343 (48,7)	361 (51,3)	
PMT Balita			
Mendapat	237 (49,8)	239 (50,2)	0,429
Tidak	165 (47,0)	186 (53,0)	
Pantau Pertumbuhan			
Ya	247 (48,4)	263 (51,6)	0,897
Tidak	155 (48,9)	162 (51,1)	
Karakteristik Ibu			
Umur ibu			
<25 tahun	60 (49,6)	61 (50,4)	0,840
25-34 tahun	207 (49,6)	210 (50,4)	
35-44 tahun	115 (46,2)	134 (53,8)	
≥45 tahun	20 (50,0)	20 (50,0)	
Pendidikan ibu			
≤ tamat SD	204 (51,7)	191 (48,3)	0,415
Tamat SMP	120 (46,3)	139 (53,7)	
Tamat SMA	64 (45,1)	78 (54,9)	
Tamat PT	14 (45,2)	17 (54,8)	
Pekerjaan ibu			
Tidak bekerja	274 (52,3)	250 (47,7)	0,005
Bekerja	128 (42,2)	175 (57,8)	
Konsumsi TTD			
≥90 tablet	151 (49,5)	154 (50,5)	0,693
<90 tablet	251 (48,1)	271 (51,9)	
PMT ibu hamil			
Mendapat	189 (47,7)	207 (52,3)	0,627
Tidak	213 (49,4)	218 (50,6)	
Tempat persalinan			
Fasyankes	278 (46,3)	322 (53,7)	0,033
Non fasyankes	124 (54,6)	103 (45,4)	
Karakteristik RUTA			
Jumlah balita			
1 balita	365 (49,1)	378 (50,9)	0,377
>1 balita	37 (44,1)	47 (55,9)	
Sumber air minum			
Layak	266 (48,1)	287 (51,9)	0,678
Tidak layak	136 (49,6)	138 (50,4)	

Ket: uji chi-square

Tabel 3
Faktor Determinan yang berhubungan terhadap kejadian stunting

Variabel	Odds ratio kejadian stunting			
	COR (95% CI)	p-value	AOR (95% CI)	p-value
Jenis desa				
Non lokus	Referensi		Referensi	
Lokus	0.79 (0.66-0.95)	0.011	0.80 (0.66-0.96)	0.019
Jenis kelamin anak				
Laki-laki			Referensi	
Perempuan			0.79 (0.66-0.96)	0.015
Umur ibu				
<25 tahun			Referensi	
25-34 tahun			1.27 (0.97-1.67)	0.081
35-44 tahun			1.31 (0.97-1.76)	0.075
≥45 tahun			2.04 (1.18-3.51)	0.01
Pendidikan ibu				
≤ tamat SD			Referensi	
Tamat SMP			0.99 (0.79-1.23)	0.92
Tamat SMA			0.66 (0.51-0.85)	0.002
Tamat PT			0.49 (0.31-0.78)	0.002
Pekerjaan ibu				
Tidak bekerja			Referensi	
Bekerja			1.10 (0.90-1.35)	0.368
Sumber air minum				
Layak			Referensi	
Tidak layak			0.91 (0.74-1.11)	0.347
Tempat persalinan				
Fasyankes			Referensi	
Non fasyankes			1.19 (0.95-1.48)	0.122
Durasi ASI				
<6 bulan			Referensi	
6-11 bulan			0.78 (0.54-1.13)	0.185
12-23 bulan			1.18 (0.88-1.58)	0.275
≥24 bulan			1.69 (1.25-2.31)	0.001**
Usia anak				
<24 bulan			Referensi	
24-59 bulan			1.59 (1.25-2.03)	0.000***
Jumlah balita				
1 balita			Referensi	
>1 balita			1.13 (0.82-1.55)	0.472
Konsumsi TTD				
≥90 tablet			Referensi	
<90 tablet			1.04 (0.85-1.27)	0.679
IMD				
IMD			Referensi	
Tidak IMD			1.48 (1.04-2.12)	0.031*
Diare				
Ya			Referensi	
Tidak			0.78 (0.58-1.04)	0.088
Kecacangan				
Ya			Referensi	
Tidak			0.10 (0.64-1.55)	0.992
ISPA				
Ya			Referensi	
Tidak			1.00 (0.77-1.31)	0.962
PMT ibu hamil				
Mendapat			Referensi	
Tidak			0.95 (0.78-1.16)	0.623
PMT balita				
Mendapat			Referensi	
Tidak			0.97 (0.79-1.19)	0.778
Pantau pertumbuhan				
Ya			Referensi	
Tidak			0.77 (0.63-0.94)	0.009**

Ket.: *p value <0,05, ** p value <0,01, ***p value <0,001. (Uji Regresi logistik)

Tabel 3 menunjukkan bahwa desa lokus stunting mempunyai hubungan yang signifikan secara statistik, baik sebelum dikontrol ataupun setelah dikontrol dengan menggunakan variabel kontrol. Sebelum dikontrol, peluang terjadinya stunting 21 persen lebih rendah di desa lokus dibanding desa non lokus (COR: 0.79; 95% CI 0.66-0.95). Setelah dikontrol, peluang terjadinya stunting 20 persen lebih rendah di desa lokus dibanding desa non lokus (AOR: 0.80; 95% CI 0.66-0.96). Hal ini menunjukkan bahwa penetapan desa lokus merupakan faktor proteksi terjadinya stunting.

Berdasarkan jenis kelamin anak perempuan mempunyai hubungan proteksi terhadap kejadian stunting, dengan besar proteksi 0,79 artinya anak perempuan dapat terhindar dari kejadian stunting sebesar 1,21 kali dibandingkan dengan anak laki-laki. Jika dilihat dari tingkat pendidikan, maka tingkat pendidikan tinggi mempunyai hubungan proteksi terhadap kejadian stunting sebesar 0,49 artinya tingkat pendidikan ibu yang tinggi dapat mencegah kejadian stunting sebesar 2,0 kali dibandingkan dengan tingkat pendidikan ibu yang rendah. Perilaku tidak melakukan pemantauan pertumbuhan mempunyai hubungan proteksi terhadap kejadian stunting, dengan besar proteksi 0,77 yang artinya balita yang tidak melakukan pemantauan pertumbuhan dapat terhindar dari kejadian stunting sebesar 1,3 kali dari balita yang melakukan pemantauan pertumbuhan. Umur ibu 45 tahun atau lebih berisiko 2 kali mempunyai anak balita stunting dibanding dengan ibu yang berusia lebih muda. Balita yang mendapatkan ASI lebih dari 24 bulan berisiko 1,7 kali menjadi stunting dan usia anak diatas 24 bulan mempunyai risiko 1,6 kali menjadi stunting dibandingkan dengan usia dibawahnya. Untuk balita yang tidak melakukan IMD berisiko 1,5 kali menjadi stunting dibandingkan dengan balita yang melakukan IMD.

BAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan prevalensi stunting yang masih tinggi terutama di daerah non lokus stunting yaitu sebesar 44,7 persen. Prevalensi tersebut lebih tinggi dibanding daerah lokus stunting yaitu 39 persen. Kebijakan pemerintah dalam penanganan dan pencegahan stunting tertuang dalam Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting yang merupakan panduan untuk mendorong terjadinya kerjasama antar lembaga untuk memastikan konvergensi seluruh program/kegiatan terkait pencegahan anak kerdil (stunting). Utamanya untuk meningkatkan cakupan dan kualitas

intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif pada kelompok ibu hamil, ibu menyusui dan anak berusia 0-23 bulan atau rumah tangga 1000 hari pertama kehidupan. Beberapa program kegiatan yang dilakukan diantaranya adalah imunisasi dasar, ASI eksklusif, keragaman makanan, air minum dan sanitasi, Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), program pertanian dan proteksi sosial (akta kelahiran)¹³.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa desa lokus stunting mempunyai hubungan proteksi sebesar 0,79 artinya desa lokus dapat mencegah terjadinya stunting sebesar 1,3 kali dibandingkan dengan desa non lokus. Hal ini membuktikan bahwa pengimplementasian berbagai program dan kegiatan dari berbagai sektor di daerah lokus dapat memberikan dampak peningkatan status kesehatan dari masyarakat terutama sasaran rumah tangga 1000 HPK. Penelitian yang menggambarkan upaya pemerintah dan masyarakat dalam mengatasi masalah Stunting pada anak balita telah dilakukan di Kenagarian Kambang Barat Kecamatan Lengayang Kabupaten Pesisir Selatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemerintah telah berupaya mengatasi permasalahan stunting di Kabupaten Pesisir Selatan terkhusus di Kenagarian Kambang Barat. Program tersebut seperti mendirikan pos gizi setiap nagari, mengadakan sosialisasi terkait permasalahan stunting, dan memberikan PMT bagi ibu hamil dan balita. Upaya tersebut memberikan manfaat bagi masyarakat yakni memberi pendidikan dan pengetahuan kepada masyarakat terkait stunting, memperbaiki dan meningkatkan status gizi anak, dan memantau pertumbuhan balita¹⁴.

Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah dalam penanggulangan masalah stunting adalah meningkatkan pengetahuan dan pemahaman serta peran serta masyarakat dalam pelaksanaan program. Penelitian yang dilakukan di Wonokromo Surabaya menunjukkan bahwa dengan memberikan penyuluhan pada masyarakat mengenai status gizi balita, pencegahan dan penanggulangan stunting dapat meningkatkan pengetahuan masyarakatnya dan diharapkan dapat meningkatkan motivasi masyarakat dalam program deteksi dini stunting, pencegahan dan penanggulangan stunting¹⁵. Bagian masyarakat yang memegang peranan penting dalam pelaksanaan program pencegahan dan penanggulangan stunting, diantaranya adalah kader. Kader sebagai ujung tombak pelaksana program di posyandu juga harus memiliki tingkat pengetahuan dan pemahaman yang

baik. Penelitian berupa pemberian pelatihan yang dilakukan di Jatinangor Kabupaten Sumedang menunjukkan bahwa kader posyandu dapat lebih memahami mengenai gizi seimbang, deteksi dini stunting. Kader posyandu juga dapat mengambil peran penting dalam menginformasikan gizi optimal pada 1000 HPK sebagai upaya pencegahan stunting serta mengidentifikasi faktor risiko penyebab stunting di wilayah kerja posyandu¹⁶.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa stunting dipengaruhi oleh status lokus stunting desa, juga dipengaruhi oleh jenis kelamin balita, umur balita, umur ibu, pendidikan ibu, durasi menyusui, status IMD, dan status pemantauan pertumbuhan balita. Hal ini sejalan dengan hasil studi *literature review* yang mengemukakan bahwa faktor yang berhubungan dengan stunting pada balita di Indonesia diantaranya adalah jenis kelamin laki-laki dan rendahnya pendidikan ibu.¹⁷ Studi lain di Zambia dan Rwanda juga mengonfirmasi hal ini, yaitu determinan stunting diantaranya adalah jenis kelamin dan umur balita, umur dan pendidikan ibu, dan durasi menyusui.^{18,19} Oleh karena itu, faktor-faktor tersebut sangat penting untuk dipertimbangkan dalam merancang strategi intervensi pencegahan dan penurunan stunting pada balita Indonesia.

Dalam hasil penelitian menunjukkan bahwa durasi menyusui pada anak 0-59 bulan menjadi salah satu faktor terjadinya stunting. Anak balita dengan lama menyusui lebih dari 12 bulan pada status ekonomi rendah mempunyai peluang 1,8 kali untuk menjadi stunting²⁰. Penelitian di Pakistan dan Bostwana menunjukkan hasil yang sama dimana durasi menyusui memiliki hubungan significant dengan kejadian stunting^{21,22}. Penelitian tahun 2011 di Nepal dan tahun 2013 di Nigeria menunjukkan bahwa durasi menyusui lebih dari 12 bulan meningkatkan risiko stunting dan *severe stunting*.^{23,24} Adanya hubungan antara durasi menyusui yang panjang dengan kejadian stunting kemungkinan disebabkan karena anak mengalami keterlambatan dalam mengenal makanan tambahan atau bisa juga karena kurangnya sumber daya dalam rumah tangga untuk menyediakan makanan pelengkap bagi anak. Akibatnya anak tidak bisa mengembangkan nafsu makan yang sehat terhadap pemberian makanan pendamping ASI. Hal ini membuat anak lebih bergantung pada ASI, mengganggu kemampuan mengunyah makanan, menurunkan sistem kekebalan tubuh dan gangguan tumbuh kembang²⁵.

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) disini didefinisikan sebagai usaha aktif bayi untuk menyusui segera, dalam satu jam pertama kelahiran, baik pada persalinan normal maupun seksio sesaria dengan difasilitasi oleh tenaga kesehatan. Bayi diletakkan di perut dan dada ibu segera setelah lahir dan diberi kesempatan untuk mulai menyusui sendiri dengan cara merangkak mencari payudara dan membiarkan kontak kulit bayi dan ibu setidaknya selama satu jam bahkan lebih sampai bayi menyusui sendiri. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 41,8 persen anak umur 6–59 bulan mengalami stunting dan 42,5 persen diantaranya tidak IMD, artinya bayi tidak diperkenalkan untuk menyusui segera setelah lahir. Hasil analisis menunjukkan bahwa anak yang tidak diberikan kesempatan untuk IMD setelah lahir, menjadi faktor risiko yang signifikan terhadap terjadinya stunting pada anak umur 6-59 bulan ($p = 0,031$; AOR 1,5; 95% CI: 1,04–2,12). Penelitian ini menunjukkan bahwa anak yang tidak mendapatkan inisiasi menyusui dini memiliki kemungkinan 1,5 kali lebih besar untuk menjadi stunting dibandingkan dengan mereka yang diberi ASI dini. Hasil penelitian ini memperkuat hasil penelitian lain di Jambi yang melaporkan bahwa anak umur 6-59 bulan yang tidak mendapatkan IMD memiliki kemungkinan 1,3 kali lebih besar untuk menjadi stunting dibandingkan dengan anak yang IMD ($p = 0.024$; AOR = 1.3; 95% CI: 1.0–1.6)²⁶.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa IMD dapat menurunkan risiko stunting pada anak di usia selanjutnya. Inisiasi menyusui dini merupakan salah satu pintu masuk keberhasilan menyusui di kemudian hari dan memastikan anak mendapat asupan nutrisi yang tepat. IMD memiliki dampak positif jangka panjang bagi anak. Peluang ini dapat dicapai jika ibu bayi baru lahir menyadari manfaat dan proses menyusui dini. IMD memiliki manfaat baik untuk ibu maupun bayi. Sentuhan dan isapan pada payudara ibu mendorong keluarnya oksitosin. Oksitosin menyebabkan kontraksi pada uterus sehingga membantu keluarnya plasenta dan mencegah perdarahan. Oksitosin juga menstimulasi hormon-hormon lain yang menyebabkan ibu merasa aman dan nyaman sehingga ASI keluar dan lancar. Bukti saat ini menunjukkan bahwa kontak kulit-kekulit antara ibu dan bayi segera setelah lahir membantu untuk memulai menyusui dini dan meningkatkan kemungkinan pemberian ASI eksklusif. Bayi yang melakukan kontak kulit-kekulit awal dengan ibu mereka juga tampak lebih banyak berinteraksi dengan ibu mereka dan lebih jarang menangis. Sedangkan manfaat

bagi bayi adalah saat bersentuhan dengan ibu untuk pertama kali menimbulkan ketenangan sehingga napas dan denyut jantung bayi menjadi teratur. Selain itu bayi memiliki kesempatan untuk memperoleh kolustrum. Seperti yang sudah diketahui bahwa kolustrum mengandung antibodi dan merupakan imunisasi pertama. Disamping itu kolustrum juga mengandung faktor pertumbuhan yang membantu usus bayi berfungsi secara efektif, sehingga mencegah mikroorganisme dan penyebab alergi lain untuk masuk ke dalam tubuh bayi²⁷.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa stunting lebih banyak terjadi pada balita laki-laki dibandingkan dengan balita perempuan hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hasanah (2018), Rufaida, et.al (2020), Cruz et.al dan Daeli (2018).^{28,29,30} Berdasarkan penelitian Elsmen et.al (2004) menduga jika hal ini akibat dari kerentanan anak laki-laki terhadap infeksi dan penyakit lain yang dapat mengganggu pertumbuhan anak.³¹ Bila berdasarkan usia anak, hasil penelitian menunjukkan usia 24-59 lebih berisiko menjadi stunting dibandingkan usia 0-23 bulan. Hasil Riskesdas 2018 juga menunjukkan proporsi stunting yang cenderung lebih besar sejalan pertambahan usia. Studi Tumbuh Kembang Anak mendapatkan bahwa gangguan pada pencapaian panjang badan anak mulai terjadi sejak anak berusia satu bulan, dan terus terjadi di usia selanjutnya dengan rentang perbedaan yang semakin lebar dibandingkan standar pertumbuhan panjang/tinggi badan. Dimana faktor determinan untuk bertahan sehingga tidak menjadi stunting pada anak 0-59 bulan ialah berat badan lahir dan tinggi ibu.³² Hal ini dapat terjadi karena stunting biasanya sudah dimulai sejak anak masih dalam kandungan yang terjadi karena tidak memadainya asupan gizi ibu ketika hamil yang akan berdampak pada berat anak yang rendah ketika lahir. Anak yang lahir dengan kondisi ini jika tidak mendapatkan asupan yang cukup dalam periode panjang, bahkan diperburuk dengan sanitasi dan higiene rumah yang tidak memadai maka akan meningkatkan risiko terhadap penyakit infeksi dan selanjutnya menyebabkan terganggunya pertumbuhan dan perkembangan anak²⁴.

Faktor ibu seperti umur ibu 35 tahun ke atas dan pendidikan yang rendah berisiko untuk memiliki balita stunting. Ibu dengan umur yang lebih tua dan dengan jumlah melahirkan lebih banyak cenderung lebih jarang menggunakan fasilitas kesehatan ibu dibandingkan dengan ibu yang berusia muda dan memiliki jumlah kelahiran yang lebih

sedikit.³³ Namun, studi lain menunjukkan hasil yang berbeda dimana anak dengan umur ibu 15-19 tahun berisiko 8 kali mengalami stunting dibandingkan dengan ibu berumur 20 tahun ke atas³⁴. Ibu dengan tingkat pendidikan yang baik memiliki perilaku kesehatan yang baik untuk keluarganya, misalnya dengan mempraktikkan pemberian makan anak yang tepat, pola makan yang baik ketika hamil dan menyusui, pemanfaatan fasilitas kesehatan, mengadopsi praktik medis modern, dan memiliki kesempatan lebih besar dalam pengambilan keputusan^{24,35,36}. Pentingnya faktor pendidikan ibu didukung oleh hasil studi di Etiopia yang menunjukkan bahwa durasi pendidikan ibu setiap tahun berasosiasi dengan penurunan stunting balita sebesar 7 persen³⁶.

Pemantauan pertumbuhan balita seharusnya menjadi faktor yang menurunkan risiko anak menjadi stunting. Namun penelitian ini menunjukkan hasil yang berbeda, dimana ibu yang melakukan pemantauan pertumbuhan berisiko memiliki anak stunting. Bila dilihat dari karakteristik responden penelitian yaitu ibu yang mempunyai anak balita, lebih banyak dengan tingkat pendidikan rendah (SD dan SMP). Tingkat pendidikan memiliki keterkaitan dengan tingkat pengetahuan gizi ibu. Ibu yang tidak memiliki pengetahuan yang baik dalam menindaklanjuti hasil pemantauan tumbuh kembang anaknya, misalnya praktik pemberian makan yang buruk atau pencarian pelayanan kesehatan yang kurang ketika anak terpantau memiliki masalah dengan status gizinya. Hal ini didukung oleh studi yang menyatakan bahwa praktik pemberian makan dan pelayanan kesehatan primer merupakan faktor utama berkorelasi dengan stunting pada anak 6-23 bulan³⁷. Oleh karena itu perlu intervensi pemantauan pertumbuhan ini diperkuat dengan edukasi gizi pada orangtua untuk meningkatkan pengetahuan misalnya melalui konseling gizi³⁸. Aksi pencegahan dan penurunan stunting balita telah menjadi program prioritas nasional yang terintegasi dalam dokumen perencanaan pembangunan daerah. Hasil studi ini dapat menjadi dasar dalam penentuan prioritas program intervensi spesifik pada sasaran rumah tangga 1000 HPK, seperti konseling untuk meningkatkan pengetahuan ibu terhadap pemberian ASI/makan anak, termasuk di dalamnya pemantauan pertumbuhan. Kajian Bappenas juga mendapatkan belum komprehensifnya manajemen penanganan masalah gizi tanpa dukungan yang memadai melalui kegiatan konseling³⁹. Meskipun berbagai program telah dilaksanakan sebagai langkah preventif

menuntaskan stunting, terutama kegiatan edukasi, namun program dan upaya tersebut perlu lebih dioptimalkan kembali.

Studi ini menggunakan desain potong lintang sehingga memiliki keterbatasan dalam menginterpretasikan hubungan sebab akibat antara faktor risiko yang diamati dengan stunting pada balita. Selain itu ada keterbatasan variabel yang diteliti seperti faktor pola konsumsi makanan anak, ketahanan pangan keluarga, dan indeks massa tubuh atau tinggi badan ibu ketika hamil yang merupakan kovariat penting terkait status gizi balita yang tidak dianalisis dalam studi ini. Terlepas dari keterbatasan ini, studi ini memiliki kekuatan dengan jumlah sampel yang cukup besar memberikan informasi terkait faktor yang berhubungan dengan stunting balita di daerah lokus stunting.

KESIMPULAN

Penetapan desa lokus stunting oleh pemerintah merupakan salah satu upaya dalam program percepatan pencegahan stunting dan mempengaruhi terhadap prevalensi stunting di wilayah tersebut yang mana prevalensi stunting di desa lokus lebih rendah dibanding desa non lokus. Hal ini menunjukkan bahwa pengimplementasian berbagai program dan kegiatan dari berbagai sektor di daerah lokus dapat memberikan dampak peningkatan status kesehatan dari masyarakat terutama sasaran rumah tangga 1000 HPK. Berkaitan dengan itu, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi prevalensi stunting yaitu faktor balita dan faktor ibu. Faktor balita terdiri dari jenis kelamin, umur, durasi menyusui, status inisiasi menyusui dini, dan status pemantauan pertumbuhan, sedangkan faktor ibu yaitu umur dan tingkat pendidikan.

SARAN

Berdasarkan hasil analisis dalam artikel ini, maka penelitian ini merekomendasikan: 1) Mendorong daerah non lokus stunting untuk bisa dijadikan daerah lokus stunting. Karena daerah/desa lokus dinilai dapat mengimplementasikan berbagai program dan kegiatan di multi sektor sehingga dapat memberikan dampak positif terhadap peningkatan status kesehatan bagi masyarakat terutama bagi sasaran rumah tangga yang menjadi target 1000 HPK. 2) Strategi intervensi dapat diprioritaskan dengan menyorot pada

faktor-faktor yang berpengaruh terhadap prevalensi stunting tersebut. Intervensi dilakukan secara menyeluruh tidak hanya di desa lokus stunting dengan membuka akses agar ibu dan calon ibu dapat memperoleh pendidikan yang baik dan fasilitas kesehatan yang memadai, yang disertai dengan edukasi gizi dan kesehatan untuk anak. 3) Menggalakkan/menggiatkan Program intervensi spesifik yang disertai pemberian edukasi gizi dan kesehatan pada kelompok sasaran program sehingga didapati pemahaman yang baik dan benar agar dapat merubah perilaku kearah yg lebih baik.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih disampaikan kepada Bapak Kepala Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat atas kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk melakukan analisis data ini, kepada teman peneliti yang telah berkontribusi dalam penyusunan artikel ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu, serta semua pihak yang terlibat.

RUJUKAN

1. Indonesia, Kementerian PPN/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional [Bappenas]. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional [Bappenas], 2018.
2. Indonesia, Kementerian PPN/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional [Bappenas]. *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (stunting)*. Jakarta: Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional [Bappenas], 2018.
3. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2008
4. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI 2013
5. Indonesia, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan

- Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, 2018.
6. World Health Organization [WHO]. The Healthy Growth Project . Geneva: World Health Organization [WHO], 2020.
 7. Vilcins D, Sly PD, Jagals P. Environmental Risk Factors Associated with Child Stunting: A Systematic Review of the Literature. *Ann Glob Heal*. 2018;84(4):551–62.
 8. Budhathoki SS, Bhandari A, Gurung R, Gurung A, Kc A. Stunting Among Under 5-Year-Olds in Nepal: Trends and Risk Factors. *Matern Child Health J*. 2020;24(s1):39–47.
 9. Maravilla JC, Betts K, Adair L, Alati R. Stunting of children under two from repeated pregnancy among young mothers. *Sci Rep*. 2020;1–9.
 10. Indonesia, Kementerian PPN/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional [Bappenas]. *Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Kementerian PPN/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional [Bappenas], 2018.
 11. Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan [TNP2K]. *100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan [TNP2K], 2017.
 12. Ernawati A. Gambaran Penyebab Balita Stunting di Desa Lokus Stunting Kabupaten Pati. *J Litbang Media Inf Penelitian, Pengemb dan IPTEK*. 2020;16(2):77–94.
 13. Indonesia, Sekretariat Wakil Presiden RI. *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) 2018-2024*. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden RI, 2018
 14. Sari RPP, Montessori M. Upaya Pemerintah dan Masyarakat dalam Mengatasi Masalah Stunting pada Anak Balita. *J Civ Educ*. 2021;4(2):129–36.
 15. Laili U, Andriani RAD. Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pencegahan Stunting. *J Pengabd Masy IPTEKS*. 2019;5(1):8.
 16. Megawati G, Wiramihardja S. Peningkatan Kapasitas Kader Posyandu dalam Mendeteksi dan Mencegah Stunting. *Dharmakarya*. 2019 Sep 6;8(3):154.
 17. Beal T, Tumilowicz A, Sutrisna A, Izwardy D, Neufeld LM. A review of child stunting determinants in Indonesia. *Matern Child Nutr*. 2018;14(4):1–10.
 18. Gizaw Z, Worku A. Effects of single and combined water , sanitation and hygiene (WASH) interventions on nutritional status of children : a systematic review and meta analysis. *Italian Journal of Pediatrics*. 2019; 45(77). doi: <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0666-2>
 19. Nshimiyiryo A, Hedt-gauthier B, Mutaganzwa C, Kirk CM, Beck K, Ndayisaba A, et al. Risk factors for stunting among children under five years : a cross-sectional population-based study in Rwanda using the 2015 Demographic and Health Survey. *BMC Public Health*. 2019;1–10.
 20. Cethhakrikul N, Topothai C, Suphanchaimat R, Tisayaticom K, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. Childhood stunting in Thailand: When prolonged breastfeeding interacts with household poverty. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):1–9.
 21. 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.
 22. Mahgoub SEO, Nnyepi M, Bandeke T. Factors Affecting Prevalence of Malnutrition Among Children Under Three Years of Age in Botswana. *African J Food Agric Nutr Dev*. 2006;6(1).
 23. Tiwari R, Ausman LM, Agho KE. Determinants of stunting and severe stunting among under-fives: Evidence from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *BMC Pediatr*. 2014;14(1):1–15.
 24. 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(15). doi:10.1186/s12887-016-0770-z
 25. Przyrembel H. Timing of introduction of complementary food: Short- and long-term health consequences. *Ann Nutr Metab*. 2012;60(suppl. 2):8–20.
 26. Muldiasman M, Kusharisupeni K, Laksmningsih E, Besral B. Can early initiation to breastfeeding prevent stunting in 6–59 months old children?. *J Heal Res*. 2018;32(5):334–41.
 27. Perdani FP, Laksono AD, Chalidyanto D. The Undernutrition Prevalence of Under-Two-Years Infant in Indonesia: Do breastfeeding practices ecologically matter?, *Indian J of Forensic Med & Toxicology*. 2021;15(4):1113-1119.
 28. Hasanah Z. *Faktor-faktor Penyebab Kejadian Stunting pada Balita di Wilayah*

- Kerja Puskesmas Kotagede I Yogyakarta*. Naskah Publikasi. Yogyakarta: Universitas Aisyiyah Yogyakarta, 2018.
29. Rufaida FD, Raharjo AM, Handoko A. The Correlation of Family and Household Factors on The Incidence of Stunting on Toddlers in Three Villages Sumberbaru Health Center Work Area of Jember. *J Agromedicine Med Sci*. 2020;6(1):1-6.
 30. Daeli DK. Hubungan Karakteristik Balita (Jenis Kelamin, Berat Badan Lahir) Dan Tinggi Badan Ibu Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-23 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Jati Makmur Binjai Utara. *Skripsi*. Medan: Politeknik Kesehatan Medan, 2018
 31. Pollak A, Birnbacher R. Preterm male infants need more initial respiratory support than female infants. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2004;93(4):447–8.
 32. Widodo Y, Salimar, Yudianto A, Setyawati B, Rahmawati R, Christijani R, et al. *Laporan Studi Kohor Tumbuh Kembang Anak Tahun 2019*. Jakarta: Puslitbang Uoaya Kesehatan Masyarakat, Balitbangkes, 2019.
 33. Samson Agbaje O. Child Care Practices and Associated Factors among Women of Childbearing Age Attending Health Facilities in Dekina, North-Central, Nigeria. *Sci J Public Heal*. 2016;4(5):366.
 34. Wemakor A, Garti H, Azongo T, Garti H, Atosona A. Young maternal age is a risk factor for child undernutrition in Tamale Metropolis, Ghana. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):1–5. [cited Sept 25, 2021]. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3980-7>
 35. Akombi BJ, Agho KE, Hall JJ, Wali N, Renzaho AMN, Merom D. Stunting, wasting and underweight in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(8):1–18.
 36. Amaha ND. Maternal factors associated with moderate and severe stunting in Ethiopian children: analysis of some environmental factors based on 2016 demographic health survey. *Nutr J*. 2021;6:1–9.
 37. Tafese Z, Anato A. Child Feeding Practice and Primary Health Care as Major Correlates of Stunting and Underweight among 6- to 23-Month-Old Infants and Young Children in Food-Insecure Households in Ethiopia. *Curr Dev Nutr*. 2020;4:(10):1–10.
 38. Ashworth A, Shrimpton R, Jamil K. Growth monitoring and promotion: Review of evidence of impact. *Matern Child Nutr*. 2008;4(Suppl.1):86–117.
 39. Indonesia, Kementerian PPN/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional [Bappenas]. *Pembangunan Gizi di Indonesia*. Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas. 2019.