

# **Studi Kasus Stunting dan Pembelajaran Implementasi Kegiatan Percepatan Penurunan Stunting**



**FAKTOR - FAKTOR PENYEBAB STUNTING DAN  
STRATEGI PENCEGAHAN STUNTING  
DI PROVINSI JAWA BARAT**

**Direktorat Analisis Dampak Kependudukan  
Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana RI**

**Jakarta, 2022**



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

# SUSUNAN REDAKSI

## PENGARAH

Dr. Bonivasius Prasetya Ichtianto, S.Si., M.Eng.  
(Deputi Bidang Pengendalian Penduduk)

## PENANGGUNG JAWAB

Dr. Fharuddin, SST., M.Si.  
(Direktur Analisis Dampak Kependudukan)

## PENULIS

Tim Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

Tim Pakar dari Universitas Indonesia:

1. Dr. Ir. Asih Setiarini, M.Sc.
2. Novita Arie Setiawati, S.Gz., M.K.M.
3. Dr. Ir. Zulhaida Lubis, M.Kes.
4. Latifah, S.Gz.
5. dkk

## EDITOR

Yusna Afrilda, S.Pd., M.Pd.  
Beserta Tim Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## DESAIN GRAFIS

Dyah Batiar Aprillia, S.K.M

## DITERBITKAN OLEH

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan, BKKBN RI

*© Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk fotocopy rekaman dan lain-lain tanpa seijin tertulis dari penerbit*



**bkkbn**  
Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga pada tahun 2022 kami telah menyelesaikan laporan **“Studi Kasus dan Pembelajaran Implementasi Kegiatan Percepatan Penurunan Stunting”** dengan tepat waktu. Penyusunan Laporan Kajian ini sebagai salah satu strategi percepatan penurunan Stunting yang bertujuan menghasilkan berbagai rekomendasi kebijakan bagi seluruh lintas sektor dan pemangku kepentingan agar meningkatkan kolaborasi demi mencapai target nasional penurunan Stunting tahun 2024.

Laporan Kajian terlaksana dengan berfokus pada 4 (empat) lokus di Indonesia, yaitu (1) Provinsi Jawa Barat, (2) Provinsi Nusa Tenggara Barat, (3) Provinsi Sulawesi Tenggara, dan (4) Provinsi Sumatera Utara, dengan pertimbangan lokus terpilih merupakan bagian dari 12 provinsi prioritas sasaran intervensi program dengan prevalensi Stunting tertinggi menurut SSGI tahun 2021.

Mengingat target penurunan Stunting hingga tahun 2024 harus mencapai 2,4 persen, maka Direktorat Analisis Dampak Kependudukan terus berkontribusi melalui penyusunan Laporan Kajian yang diharapkan dapat memperoleh gambaran praktik baik maupun menganalisis apa saja faktor penyebab utama kasus Stunting dengan berbagai latar belakang geografis yang berbeda-beda.

Pada kesempatan ini kami ingin mengucapkan rasa terima kasih kepada:

1. Kepala BKKBN *c.q.* Deputi Bidang Pengendalian Penduduk yang telah memberikan kepercayaan kepada kami untuk melaksanakan kegiatan yang dimaksud,
2. Tim pakar yang telah melakukan pengambilan data melalui kunjungan lapangan dan wawancara ke lokus yang dituju, serta telah menyelesaikan laporan hasil,
3. Tim BKKBN perwakilan provinsi yang telah bekerjasama selama pendampingan pengambilan data dan tim OPD-KB kabupaten/kota yang telah mengizinkan tim pakar untuk melakukan wawancara di lokus yang dituju,
4. Berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah membantu lancarnya kegiatan ini.

Semoga seluruh Laporan Kajian dan rekomendasi kebijakan yang telah disusun oleh para tim pakar dapat diterapkan dan dimanfaatkan oleh berbagai lintas sektor dalam memajukan program percepatan penurunan Stunting di seluruh Indonesia.

Jakarta, Desember 2022

Direktur Analisis Dampak Kependudukan,

Dr. Faharuddin, SST., M.Si.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## DAFTAR ISI

<b>SUSUNAN REDAKSI</b> .....	ii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iv
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	vii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	viii
<b>DAFTAR GRAFIK</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5
E. Output Penelitian .....	5
<b>BAB II KAJIAN LITERATUR</b> .....	6
A. Definisi Stunting .....	6
B. Prevalensi Stunting Di Indonesia .....	7
C. Faktor Penyebab Terjadinya Stunting .....	8
1. Faktor Langsung Penyebab Stunting .....	10
a. Kekurangan Gizi .....	10
b. Penyakit Infeksi .....	11
c. Pemberian ASI Eksklusif .....	12
2. Faktor Penyebab Tidak Langsung Stunting .....	13
a. Ekonomi .....	13
b. Pendidikan ibu .....	14
c. Usia menikah ibu .....	14
d. Jumlah anak .....	15
e. Jarak kelahiran .....	15
f. Tinggi badan orangtua .....	16
g. Ibu hamil anemia .....	16
h. Berat badan lahir dan panjang badan bayi lahir .....	17
i. Kelengkapan Imunisasi .....	17
<b>BAB III KERANGKA PEMIKIRAN</b> .....	20



bkkbn

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b> .....	23
A. Desain, Tempat, dan Waktu Penelitian .....	23
B. Jenis Data dan Teknik Pengumpulan Data .....	23
C. Pengolahan dan Analisis Data .....	23
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	24
A. Profil Provinsi Jawa Barat .....	24
1. Letak Geografis Provinsi Jawa Barat .....	24
2. Administratif Provinsi Jawa Barat .....	24
3. Struktur Penduduk Menurut Golongan Umur .....	25
4. Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin .....	26
5. Tingkat Pendidikan .....	26
6. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Jawa Barat .....	27
B. Prevalensi Stunting .....	29
C. Profil Keluarga Anak Stunting di Provinsi Jawa Barat .....	30
1. Karakteristik Keluarga .....	30
a. Pendidikan Ibu dan Ayah .....	30
b. Usia Ibu dan Ayah .....	31
c. Pekerjaan Istri dan Suami .....	32
d. Jumlah Anak dan Tanggungan Keluarga .....	33
e. Pendapatan Keluarga .....	34
f. Usia Nikah Ibu .....	35
2. Karakteristik Anak .....	37
a. Jenis Kelamin dan Usia Anak .....	37
b. Berat dan Panjang Badan Lahir .....	38
c. Jenis Penyakit Bawaan dan Status Kelahiran .....	40
3. Riwayat Kehamilan .....	41
4. Pengasuhan Anak .....	45
5. Kondisi Lingkungan Rumah .....	49
a. Atap, Dinding dan Jenis Lantai Rumah .....	49
b. Sumber Penerangan dan Air Minum .....	51
c. Kepemilikan Fasilitas BAB dan Rumah .....	52
<b>BAB VI FAKTOR PENYEBAB STUNTING DI PROVINSI JAWA BARAT</b> .....	54
A. Pendidikan Rendah .....	54



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

B. Faktor Ekonomi .....	54
C. Pernikahan Anak .....	55
D. Panjang Badan Lahir Kurang (Kurang Dari 48 Cm) .....	55
E. Jenis Kelamin Anak .....	56
F. Usia Ibu Saat Hamil Terlalu Tua .....	56
G. Jarak Kehamilan Terlalu Dekat (< 2 Tahun) .....	57
H. Ibu Hamil Kek dan Anemia .....	57
I. Imunisasi Tidak Lengkap .....	58
J. Anak Sulit Makan .....	58
K. Tidak Memiliki Septic Tank .....	59
<b>BAB VII REKOMENDASI</b> .....	<b>60</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>66</b>



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## DAFTAR TABEL

Tabel 1	Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin .....	26
Tabel 2	Sebaran Penduduk Berdasarkan Tingkat Pendidikan .....	27
Tabel 3	Sebaran Responden .....	31
Tabel 4	Sebaran Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Suami dan Istri .....	32
Tabel 5	Sebaran Responden .....	33
Tabel 6	Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Anak dan Tanggungan Keluarga .....	34
Tabel 7	Sebaran Responden Berdasarkan Pendapatan Per Kapita dan Status Kemiskinan ..	35
Tabel 8	Sebaran Responden Berdasarkan Usia Nikah Ibu .....	36
Tabel 9	Sebaran Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia Anak .....	37



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	. Prevalensi Stunting di Indonesia (Sumber : SSGI 2021) .....	8
Gambar 2	. Kerangka Pemikiran Permasalahan Stunting di Indonesia .....	9
Gambar 3	. Kerangka pikir .....	22
Gambar 4	. Peta Administrasi Provinsi Jawa Barat .....	24
Gambar 5	. Piramida Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin .....	25
Gambar 6	. Penyebab stunting di Provinsi Jawa Barat .....	59
Gambar 7	. Faktor Pendukung Keberhasilan Program .....	64
Gambar 8	. Peran Aktor Pentahelix Pencegahan dan Penanganan Stunting .....	64



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1	Prevalensi Stunting 2013-2021 (Sumber : SSGI, Kemenkes).....	7
Grafik 2	IPM Provinsi Jawa Barat.....	28
Grafik 3	Prevalensi stunting di Jawa Barat pada tahun 2021.....	29



## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sumber Daya manusia (SDM) adalah modal utama dalam pembangunan nasional dan merupakan aspek terpenting yang diperlukan untuk memajukan suatu bangsa. Ketersediaan SDM berkualitas sangat diperlukan untuk menghadapi tantangan yang dihadapi Bangsa Indonesia, yaitu menyongsong Indonesia Emas tahun 2045, pencapaian target tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs) tahun 2030 dan menghadapi era revolusi industri 4.0. Pada tahun 2045 Indonesia diharapkan akan menghasilkan generasi emas untuk menjadikan Indonesia sebagai negara unggul dan maju di dunia. Tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs) adalah agenda penting dan mengikat secara moral setiap negara untuk melaksanakannya dan bertanggung jawab dalam mencapai target-target yang sudah disepakati secara global. Menghadapi era revolusi industri 4.0, ketersediaan SDM berkualitas sangat diperlukan untuk mendukung kelancaran transformasi digital di Indonesia. Oleh karena itu Indonesia Indonesia harus mempersiapkan sumberdaya manusia yang berkualitas untuk menghadapi tantangan dan harapan tersebut. Kemajuan suatu bangsa harus ditandai dengan sumber daya manusia yang memiliki kepribadian bangsa, berakhlak mulia, dan memiliki tingkat pendidikan, produktivitas, dan harapan hidup yang tinggi.

Di sisi lain, Indonesia masih menghadapi berbagai permasalahan yang menghambat pembentukan SDM berkualitas di masa akan datang, seperti kemiskinan, masalah gizi dan kesehatan. Salah satu masalah gizi yang belum terselesaikan hingga saat ini adalah stunting. Stunting adalah kondisi gagal tumbuh dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umurnya akibat kekurangan gizi kronis. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir, akan tetapi kondisi stunting baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun (TNP2K, 2017).

Faktor penyebab dan dampak *stunting* mengacu pada *Logical Framework of the Nutritional Problem* atau *Conceptual Framework of the Determinans of the Child Stunting* oleh UNICEF (2013). UNICEF (2013) menyatakan bahwa *Stunting* dipengaruhi oleh banyak faktor, baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung *stunting* dipengaruhi oleh kurangnya asupan gizi masa lalu serta penyakit terutama penyakit infeksi, dimana penyebab langsung saling memengaruhi satu sama lain. Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan keluarga, pola asuh serta kesehatan lingkungan dan pelayanan kesehatan. Akar masalah dari stunting adalah pendidikan kemiskinan, disparitas, sosial budaya, kebijakan



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

pemerintah, politik dan hal lainnya. *Stunting* mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kecacatan untuk jangka pendek, sedangkan jangka panjang dapat menimbulkan *stunting* pada orang dewasa, gangguan kesehatan reproduksi, kemampuan terbatas dan timbulnya penyakit tidak menular (Trihono *et al.*, 2015; Checkley *et al.*, 2008). Berbagai faktor langsung maupun tidak langsung mempunyai kaitan erat dengan masalah keluarga. Hasil studi menyatakan, keluarga merupakan bagian sangat penting dalam berkontribusi terhadap permasalahan masyarakat, termasuk dalam masalah stunting. Temuan Herawati *et al* (2018) menunjukkan bahwa karakteristik sosial ekonomi keluarga dan ketahanan keluarga merupakan faktor risiko terhadap kejadian stunting. Demirchyan *et al* (2016) menemukan karakteristik keluarga, seperti jumlah anggota keluarga, kondisi ekonomi dan karakteristik anak merupakan faktor risiko kejadian stunting di pedesaan. Senada dengan pernyataan Kementerian Kesehatan (2016) menyatakan bahwa masalah gizi, tidak hanya terkait masalah kesehatan, namun juga dipengaruhi berbagai kondisi lain yang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan. Oleh karenanya upaya perbaikan harus meliputi upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara langsung (intervensi gizi spesifik) dan upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara tidak langsung (intervensi gizi sensitif).

Berdasarkan hasil Studi Status Gizi Balita Indonesia (SGGBI) tahun 2019 prevalensi stunting Indonesia tercatat sebesar 27,67 persen dan mengalami penurunan menjadi 24,4 persen pada tahun 2021. Meskipun angka stunting berhasil diturunkan tetapi jumlah tersebut masih di atas standar WHO sehingga stunting masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia. Prevalensi stunting yang masih tinggi tentunya sangat mengkhawatirkan mengingat sumber daya paling berharga bagi suatu negara adalah sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas. Oleh karena itu Indonesia telah menetapkan penurunan angka stunting sebagai program prioritas nasional. Saat ini, pemerintah melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, menetapkan target angka stunting nasional sebanyak 14 persen. Indonesia juga telah menetapkan peningkatan SDM berkualitas dan berdaya saing menjadi prioritas nasional RPJM 2020-2024.

Permasalahan stunting juga dihadapi oleh Provinsi Jawa Barat. Berdasarkan hasil Studi Status Gizi Balita Indonesia (SGGBI) tahun 2019 prevalensi stunting di Jawa Barat mencapai 26,21 persen dan mengalami penurunan menjadi 24,8 persen pada tahun 2021 atau sebanyak 892 800 anak balita di Jawa Barat mengalami stunting. Tingginya angka stunting tersebut menjadikan stunting sebagai masalah kesehatan yang utama di Jawa Barat. Pada tahun 2021, jumlah balita di Jawa Barat sebanyak 3,6 juta, menempati posisi terbanyak di Indonesia, dengan demikian jumlah stunting di Jawa Barat menempati posisi terbanyak di Indonesia. Oleh



karena itu Jawa Barat merupakan salah satu dari 12 propinsi prioritas yang memiliki prevalensi stunting tertinggi di Indonesia tahun 2022. Hasil SGGBI tahun 2021 terdapat 4 kab/kota di Jawa Barat yang memiliki status merah dengan prevalensi stunting lebih dari 30 persen, 14 kab/kota status kuning dengan prevalensi antara 20-30 persen, dan 9 kab/kota yang berstatus hijau dengan prevalensi antara 10-20 persen, dan tidak ada satupun kota/kab yang berstatus biru dengan prevalensi kurang dari 10 persen.

Mengingat masih tingginya prevalensi stunting di Jawa Barat dan dampak negatif yang ditimbulkannya maka penting untuk mengkaji faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya stunting di Provinsi Jawa Barat yang selanjutnya dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam kebijakan pencegahan dan penanganan stunting.

## **B. Perumusan Masalah**

Menurut Bank Pembangunan Asia, prevalensi stunting di Indonesia menempati urutan kedua tertinggi di Asia Tenggara. Saat ini prevalensi stunting di Indonesia lebih baik dibanding Myanmar (35%), tetapi masih lebih tinggi dibandingkan Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) dan Singapura (4%) (Kemenkes, 2021). Data kementerian kesehatan menunjukkan bahwa masalah gizi balita yang paling tinggi saat ini adalah stunting. Tingginya prevalensi stunting di Indonesia akan menjadi ancaman bagi bonus demografi yang puncaknya akan terjadi pada tahun 2030. Stunting juga akan memberikan dampak negatif terhadap perekonomian Indonesia. Kasus stunting berpotensi merugikan PDB Indonesia hingga 300 triliun per tahunnya (Kemenkes 2018)

Stunting menyebabkan penderitanya mudah sakit, memiliki postur tubuh tidak maksimal saat dewasa, kemampuan kognitif berkurang, buruknya perkembangan kognitif, dan rendahnya produktivitas dan pendapatan. Dengan kata lain, stunting akan memengaruhi kualitas sumber daya manusia di kemudian hari dan mengakibatkan kerugian ekonomi jangka panjang bagi Indonesia. UNICEF/ WHO/The World Bank (2019) menyatakan bahwa anak stunting merupakan prediktor buruknya kualitas sumber daya manusia yang selanjutnya menurunkan kemampuan produktif suatu bangsa di masa yang akan datang. Jika masalah stunting tidak ditangani dengan baik maka akan menimbulkan masalah yang lebih besar dan bangsa Indonesia akan mengalami lost generation.

Berdasarkan titik sebaran, hampir seluruh provinsi di Indonesia memiliki prevalensi di atas batas WHO (20%), termasuk di dalamnya adalah Provinsi Jawa Barat. Berdasarkan SSGI tahun 2021, prevalensi stunting di Jawa Barat adalah 24,8 persen. Kasus stunting banyak ditemukan di daerah dengan kemiskinan tinggi dan pendidikan rendah. Berdasarkan BPS



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

(2022), jumlah kemiskinan di Jawa Barat mencapai 8,4 persen atau sekitar 4,2 juta jiwa dan mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2020 (7,88%). Rata-rata lama sekolah di Jawa Barat pada tahun 2021 adalah 8,9 tahun atau setara SMP. Menurut UNICEF (2013), kemiskinan menjadi salah satu penyebab dasar dari stunting. Penelitian yang dilakukan Blair (2018) di India, Nepal, Ethiopia, dan Madagascar menyatakan bahwa faktor social ekonomi yang terkait dengan pendapatan dan kemiskinan berhubungan dengan stunting. Kemiskinan menyebabkan keterbatasan keluarga dalam mengakases bahan makanan sehingga tidak mampu mencukupi kebutuhan konsumsi gizi keluarga. Senada yang disampaikan Setiawan, Machmud, & Masrul (2018), *stunting* dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi keluarga karena pendapatan keluarga yang memadai maka keluarga akan memiliki kemampuan untuk menyediakan semua kebutuhan primer dan sekunder anak yang dapat mencegah anak dari mengalami *stunting*, sedangkan keluarga yang relatif kurang sejahtera akan sulit menyediakan makanan bergizi dan berkualitas untuk anak. Hasil riset Torlesse et al., (2016) mengindikasikan bahwa di Indonesia, prevalensi *stunting* lebih tinggi pada anak yang ibunya tidak tamat SD (43.4%) atau menyelesaikan pendidikan dasar (31.0%) dibandingkan dengan tamat SMA (23.0%). Menurut hasil meta analisis yang dilakukan oleh Budiastuti dan Rahfiludin (2019) pendidikan ibu sangat menentukan kualitas kesehatan dan gizi anak, karena dengan pendidikan yang memadai ibu akan lebih selektif dan kreatif dalam memberikan makanan yang baik dan bergizi pada anaknya.

*Stunting* disebabkan oleh faktor multi faktor dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Menurut UNICEF (1998) kekurangan gizi anak balita disebabkan faktor langsung dan tidak langsung (penyebab mendasari dan penyebab dasar) . Penyebab langsung merupakan penyebab yang berdampak secara langsung kepada kejadian stunting seperti pemberian asupan makan, penyakit infeksi atau status kesehatan anak. Penyebab tidak langsung meliputi penyebab yang mendasari penyebab langsung seperti rendahnya ketahanan pangan, pola asuh, kondisi kesehatan lingkungan dan layanan kesehatan. Penyebab dasar merupakan penyebab yang sangat luas faktor penyebabnya dan menyangkut kepada banyak pihak. Contoh penyebab dasar dari stunting adalah kemiskinan, pendidikan rendah, budaya, kebijakan pemerintah, politik dan lain-lain.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

*Mengingat* stunting memberikan dampak yang berbahaya untuk kualitas sumberdaya manusia di masa akan datang dan banyak faktor penyebabnya maka berdasarkan hal tersebut penting untuk melakukan kajian faktor penyebab stunting di Jawa Barat. Provinsi Jawa Barat merupakan salah satu provinsi yang menjadi target program percepatan penurunan stunting di Indonesia.

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Mengetahui faktor-faktor penyebab stunting di Jawa Barat
2. Menyusun strategi percepatan penurunan stunting di Jawa Barat

### **D. Manfaat Penelitian**

Hasil kajian ini bermanfaat untuk pengambil kebijakan dalam merumuskan program pencegahan dan penanganan stunting di Jawa Barat. Hasil kajian ini juga dapat memberikan informasi terkait faktor penyebab stunting di Jawa Barat sehingga intervensi yang diberikan untuk pencegahan dan penanganan stunting menjadi lebih tepat dan efektif dalam penurunan prevalensi stunting.

### **E. Output Penelitian**

1. Laporan penelitian
2. Publikasi jurnal terindeks Sinta 2-4



## **BAB II** **KAJIAN LITERATUR**

### **A. Definisi Stunting**

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah stunted (pendek) dan severely stunted (sangat pendek). Hasil pengukuran antropometri berdasarkan parameter tersebut dibandingkan dengan standar baku WHO untuk menentukan anak tergolong pendek ( $<-2$  SD) atau sangat pendek ( $<-3$  SD) (kemenkes 2016). Menurut UNICEF (2013), stunting adalah indicator status gizi TB/U sama dengan atau kurang dari minus dua standar deviasi ( $-2$  SD) di bawah rata-rata standar atau keadaan dimana tubuh anak lebih pendek dibandingkan dengan anak-anak lain seumurnya. Stunting merupakan indikator kesehatan anak karena kekurangan gizi kronis dan memberikan gambaran gizi pada masa lalu yang dipengaruhi lingkungan dan sosial ekonomi.

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umurnya akibat kekurangan gizi kronis. Stunting menjadi masalah yang sangat serius karena dikaitkan dengan risiko kesakitan dan kematian yang lebih besar, obesitas, dan penyakit tidak menular di masa depan, orang dewasa yang pendek, buruknya perkembangan kognitif dan rendahnya produktivitas dan pendapatan. Dengan kata lain, stunting akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia di kemudian hari (Paramashanti et al., 2016). Anak yang terkena stunting hingga usia 5 tahun akan sulit untuk diperbaiki sehingga akan berlanjut hingga dewasa dan dapat meningkatkan risiko keturunan.

Anak yang stunting pada usia dini (0-2 tahun) dan tetap pendek pada usia 4-6 tahun memiliki risiko 27 kali untuk tetap pendek sebelum memasuki usia pubertas; sebaliknya anak yang pertumbuhannya normal pada usia dini dapat mengalami growth faltering pada usia 4-6 tahun memiliki risiko 14 kali tumbuh pendek pada usia prapubertas. Oleh karena itu, intervensi tetap dibutuhkan bahkan setelah melewati 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) untuk mencegah pertumbuhan stunting yang makin meningkat (Budiasutik dan Rahfiludin, 2019). Pertumbuhan pada dua tahun pertama kehidupan dicirikan dengan percepatan pertumbuhan linear maupun laju penambahan berat badan. Pertumbuhan bayi cenderung ditandai dengan pertumbuhan cepat (*growth spurt*) yang dimulai pada usia 3 bulan hingga usia 2 tahun, kemudian pertumbuhan pada anak pada usia 2 tahun sampai usia anak 5 tahun menjadi lebih lambat dibandingkan dengan ketika masih bayi, walaupun pertumbuhan terus berlanjut dan



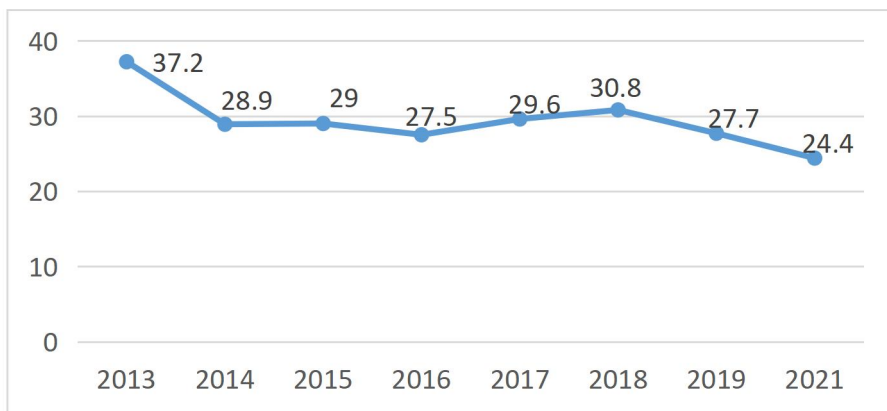
**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

akan memengaruhi kemampuan motoris, sosial, emosional, dan perkembangan kognitif. Pertumbuhan linear yang tidak sesuai umur merefleksikan masalah gizi kurang. Gangguan pertumbuhan linear atau stunting akan berdampak terhadap pertumbuhan, perkembangan, kesehatan, dan produktivitas (Soekirman 2005).

## B. Prevalensi Stunting Di Indonesia

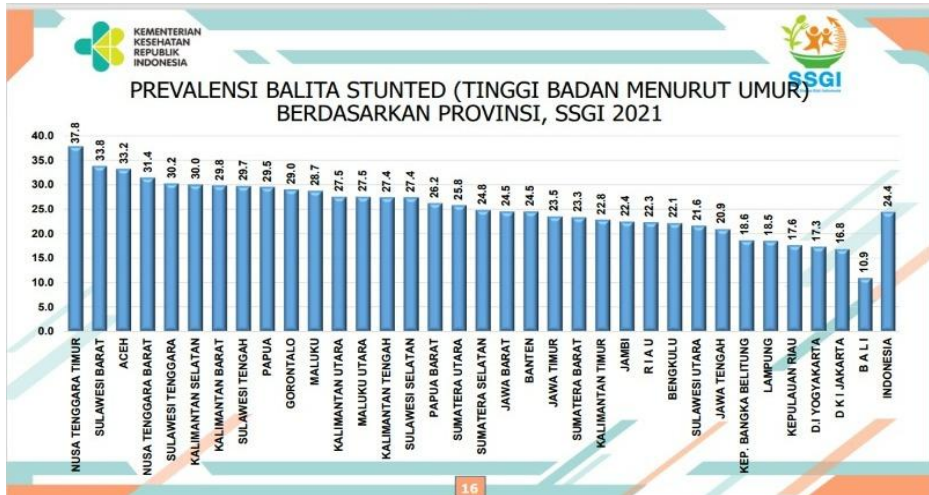
Berdasarkan hasil Survey Status Gizi Balita Indonesia pada tahun 2021, prevalensi stunting Indonesia tercatat sebesar 24,4 persen. Meskipun angka tersebut mengalami penurunan dibandingkan tahun 2019 (27,7%) tetapi angka tersebut masih di atas standar yang ditetapkan oleh WHO yaitu 20 persen. Menurut Herawati *et al* (2018), kejadian stunting di Indonesia tidak hanya terjadi pada keluarga miskin tetapi juga pada keluarga yang tidak miskin. Stunting disebabkan oleh faktor multi dimensi, tidak hanya disebabkan masalah gizi buruk yang dialami oleh Ibu hamil dan anak balita saja.



**Grafik 1.** Prevalensi Stunting 2013-2021 (Sumber : SSGI, Kemenkes)



Berdasarkan grafik 1 terlihat bahwa provinsi dengan prevalensi balita stunting terendah adalah Bali (10,9%) dan tertinggi Nusa Tenggara Timur (37,8%). Menurut data SSGI terdapat tiga provinsi yang menjadi kluster tertinggi yaitu Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Barat dan Aceh, sedangkan yang termasuk kluster terendah adalah Bali, DKI Jakarta dan DI. Yogyakarta. Jawa Barat termasuk kluster dengan prevalensi stunting menengah.



**Gambar 1.** Prevalensi Stunting di Indonesia (Sumber : SSGI 2021)

### C. Faktor Penyebab Terjadinya Stunting

Faktor penyebab dan dampak *stunting* diperoleh dengan mengacu pada *Logical Framework of the Nutritional Problem* atau *Conceptual Framework of the Determinans of the Child Stunting* oleh UNICEF (2013) seperti yang tercantum pada Gambar 5. *Stunting* dipengaruhi oleh banyak faktor. Secara langsung *stunting* dipengaruhi oleh kurangnya asupan gizi masa lalu serta penyakit terutama penyakit infeksi, dimana penyebab langsung saling memengaruhi satu sama lain. Penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan keluarga, pola asuh dan pola keluarga serta kesehatan lingkungan dan pelayanan kesehatan. Akar masalah dari *stunting* adalah pendidikan kemiskinan, disparitas, sosial budaya, kebijakan pemerintah, politik dan hal lainnya. *Stunting* mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kecacatan untuk jangka pendek, sedangkan jangka panjang dapat menimbulkan *stunting* pada orang dewasa, gangguan kesehatan reproduksi, kemampuan terbatas dan timbulnya penyakit tidak menular (Trihono *et al.*, 2015; Checkley *et al.*, 2008).



Stunting pada umumnya sering tidak disadari oleh keluarga dan setelah 2 tahun baru terlihat dan berdampak pada kemampuan kognitif dan produktivitas jangka panjang, bahkan bisa berdampak pada kematian (Oktarina & Sudiarti, 2014). Gizi yang diperoleh sejak bayi lahir tentunya sangat berpengaruh terhadap pertumbuhannya. Tidak terlaksananya inisiasi menyusui dini (IMD), gagalnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, dan proses penyapihan dini dapat menjadi salah satu faktor terjadinya stunting. Pemberian makanan pendamping ASI (MP ASI) yang perlu diperhatikan adalah kuantitas, kualitas, dan keamanan pangan yang diberikan (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2018).



**Gambar 2.** Kerangka Pemikiran Permasalahan Stunting di Indonesia (dimodifikasi dari “Logical framework of the Nutritional Problems”)

Menurut kajian Herawati dan Dharmaputera (2021), stunting di Indonesia disebabkan dari faktor diri anak sendiri (berat badan dan tinggi badan lahir rendah, memiliki penyakit infeksi), faktor kehamilan (Ibu hamil KEK, Anemia, dan menikah usia anak), rendahnya kualitas pengasuhan, rendahnya kualitas kesehatan lingkungan dan terbatasnya akses pelayanan kesehatan, faktor internal keluarga (kondisi sosial ekonomi, jumlah anak banyak) dan adanya budaya yang menghambat pertumbuhan anak (budaya menikah anak, dan berbagai mitos yang menghambat tumbuh kembang anak).



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## 1. Faktor Langsung Penyebab Stunting

### a. Kekurangan Gizi

Beberapa tahun terakhir ini telah banyak penelitian mengenai dampak dari kekurangan intake zat gizi, dimulai dari meningkatnya risiko terhadap penyakit infeksi dan kematian yang dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan mental (Grantham-McGregor, 1996). Stunting merupakan gangguan pertumbuhan fisik yang ditandai dengan penurunan kecepatan pertumbuhan dan merupakan dampak dari ketidakseimbangan gizi. Asupan zat gizi yang optimal menunjang tumbuh kembang anak baik secara fisik, psikis, maupun motorik. Asupan zat gizi yang optimal sejak dini merupakan gambaran pertumbuhan dan perkembangan yang optimal di masa akan datang.

Hasil penelitian Ayuningtyas et al (2018) menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara asupan energi dengan kejadian stunting. Rendahnya asupan energi pada anak balita stunting disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya rendahnya frekuensi dan jumlah pemberian makan, nafsu makan balita berkurang, dan ada penyakit infeksi penyerta. Asupan energi yang tidak mencukupi kebutuhan dapat menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan energi. Ketidakseimbangan energi secara berkepanjangan menyebabkan terjadinya masalah gizi. Energi memiliki fungsi sebagai penunjang proses pertumbuhan, metabolisme tubuh dan berperan dalam proses aktivitas fisik. Zat gizi lain yang berhubungan signifikan dengan kejadian stunting adalah protein. Menurut Almatsier (2005), protein merupakan zat gizi yang diperlukan oleh tubuh untuk pertumbuhan, membangun struktur tubuh (otot, kulit, dan tulang) serta sebagai pengganti jaringan yang sudah usang. Selanjutnya penelitian Ayuningtyas et al (2018) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kecukupan konsumsi lemak dengan kejadian stunting. Balita dengan tingkat asupan lemak rendah berisiko mengalami stunting dibandingkan balita dengan tingkat asupan lemak cukup. Survei yang dilakukan di Cina pada tahun 2006 menunjukkan kejadian stunting pada anak usia kurang dari lima tahun dikaitkan dengan asupan energi, protein, dan lemak (Xiaoli, 2009). Selain itu juga ditemukan bahwa anak balita yang memiliki tingkat konsumsi karbohidrat dan zinc yang rendah memiliki peluang stunting lebih tinggi dibandingkan anak balita yang memiliki tingkat konsumsi yang cukup. Kekurangan vitamin A dapat menyebabkan fungsi pertumbuhan terganggu yang menyebabkan tinggi balita lebih rendah dari normalnya (stunting). Selain itu fungsi zat besi berguna untuk membawa oksigen dan nutrisi ke sel seluruh tubuh. Bila



Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

asupan besi berkurang, maka akan menyebabkan anemia defisiensi besi yang berdampak pada gangguan aktivitas dan growth hormone.

Status gizi ibu selama kehamilan dapat dimanifestasikan sebagai keadaan tubuh akibat dari pemakaian, penyerapan dan penggunaan makanan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Gizi ibu waktu hamil sangat penting untuk pertumbuhan janin yang dikandungnya. Pada umumnya, ibu hamil dengan kondisi kesehatan yang baik yang tidak ada gangguan gizi pada masa pra-hamil maupun saat hamil, akan menghasilkan bayi yang lebih besar dan lebih sehat daripada ibu hamil yang kondisinya memiliki gangguan gizi. Kurang energi kronis akan menyebabkan lahirnya anak dengan bentuk tubuh “stunting” (Soetjningsih, 2015). status gizi ibu selama kehamilannya mengalami KEK mempunyai risiko 2,2 kali lebih besar terjadinya balita stunting dibandingkan dengan status gizi ibu selama kehamilannya yang tidak KEK (Alfarisi et al, 2019). Kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan sangat dipengaruhi oleh keadaan gizi ibu selama hamil. KEK pada ibu hamil perlu diwaspadai kemungkinan ibu melahirkan bayi berat lahir rendah, pertumbuhan dan perkembangan otak janin terhambat sehingga mempengaruhi kecerdasan anak dikemudian hari dan kemungkinan panjang lahir juga tidak normal. Status gizi ibu hamil yang mengalami kekurangan energi secara kronis pada trimester akhir ini menyebabkan ibu hamil tidak mempunyai cadangan zat gizi yang adekuat untuk menyediakan kebutuhan fisiologi kehamilan yakni perubahan hormon dan meningkatnya volume darah untuk pertumbuhan janin, sehingga suplai zat gizi pada janinpun berkurang akibatnya pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat dan lahir dengan berat yang rendah dimana banyak dihubungkan dengan tinggi badan yang kurang atau stunting (Arisman 2010).

## b. Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi rentan terjadi dan sering dialami pada balita. Balita merupakan kelompok umur yang rawan gizi dan rawan penyakit, dan salah satu masalah yang sering dialami pada balita adalah diare dan ISPA. Di Indonesia, sekitar 83 % kematian disebabkan oleh penyakit infeksi, kelahiran dan kondisi gizi yang didapatkan oleh anak-anak (Fikawati, 2017). Anak yang menderita penyakit infeksi dengan durasi waktu yang lebih lama, maka kemungkinan akan lebih besar mengalami kejadian stunting. Hasil penelitian Anshori (2013) dalam penelitiannya menyatakan bahwa anak dengan riwayat penyakit infeksi seperti ISPA berisiko empat kali lebih besar untuk mengalami stunting



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

dibandingkan dengan anak yang tidak memiliki riwayat penyakit infeksi. Penyakit infeksi dapat menurunkan intake makanan, mengganggu absorpsi zat gizi sehingga menyebabkan hilangnya zat gizi secara langsung dan meningkatkan kebutuhan metabolik.

Kejadian diare dapat menyebabkan efek jangka panjang berupa defisit pertumbuhan tinggi badan. Selama masa diare dialami oleh balita, maka mineral Zink akan ikut hilang dalam jumlah yang banyak sehingga perlu diganti untuk membantu penyembuhan diare pada anak dan juga menjaga balita tetap sehat dibulan-bulan berikutnya. Dimana pemberian Zink ini berguna untuk mengurangi lamanya dan tingkat keparahan diare serta menghindari terjadinya diare pada 2-3 bulan berikutnya yang akan berdampak pada balita yang mengalami stunting (Fikawati, 2017). Hasil penelitian Solin et al ( bahwa adanya hubungan yang signifikan antara riwayat penyakit infeksi seperti diare dan ISPA terhadap kejadian stunting dengan beberapa faktor penyebab terjadinya stunting. Hasil penelitian Choirah et al (2020), balita yang mengalami diare dengan rerata durasi lebih dari 3 hari berisiko 5 kali lebih besar untuk mengalami stunting. Sementara penelitian Ando (2012), rerata durasi sakit > 3 hari lebih berisiko 2 kali lebih besar menjadi stunting dibandingkan dengan balita yang memiliki rerata durasi sakit  $\leq 3$ .

### c. Pemberian ASI Eksklusif

ASI Eksklusif sangat erat dengan penurunan kejadian stunting pada anak. Anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif akan berisiko mengalami stunting. Penelitian di Indonesia Bayi yang tidak mendapatkan ASI berisiko stunting. ASI mengandung berbagai faktor pertahanan seperti laktoferin, lisozim dan imunoglobulin. Adanya zat kekebalan dalam ASI dapat menghindari bayi dari berbagai penyakit (Budiastutik dan Rahfiludin, 2019). Senada dengan penelitian Rahmayana, Ibrahim, dan Damayanti (2014), bahwa terdapat hubungan signifikan negatif antara praktik pemberian makan dengan kejadian *stunting*. Ibu yang kurang memberikan perhatian dalam hal pemberian makan dapat memberikan pengaruh negatif terhadap status gizi anak. Selain itu, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sepertiga ibu dengan anak *stunting* sudah mulai memberikan makanan lumat/cair kepada anak sebelum usia 6 bulan. Pemberian MP-ASI terlalu dini menjadi salah satu penyebab gagalnya seorang ibu memberikan ASI sehingga dapat meningkatkan risiko *stunting* (Padmadas, Hutter, dan Willekens 2002). Pola asuh makan yang kurang baik ditandai dengan pemberian MPASI yang tidak tepat



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

waktu (terlalu cepat atau terlalu lambat), frekuensi pemberian makan yang kurang, metode pemberian makan yang buruk, dan rendahnya higiene, MPASI yang tidak beragam, konsistensi/tekstur MPASI yang tidak sesuai, rendahnya kandungan energi dan zat gizi seperti vitamin, mineral dan asam lemak esensial. MPASI yang tidak bergizi dan tidak beragam akan berdampak buruk terhadap pertumbuhan dan status gizi anak (Stewart et al, 2013). Anak yang diberikan MP-ASI terlalu dini memiliki risiko menjadi *stunting* 6.54 (Lestari, Margwati, & Rahfiludin, 2014) dan 6.83 kali (Angkat, 2018) dibandingkan dengan anak yang diberikan MP-ASI sesuai dengan umur yang seharusnya.

## 2. Faktor Penyebab Tidak Langsung Stunting

### a. Ekonomi

Pendapatan keluarga yang memadai dapat mencukupi dan memenuhi kebutuhan konsumsi gizi dalam keluarga, didukung hasil penelitian yang menyatakan bahwa pendapatan keluarga yang rendah berisiko terhadap kejadian stunting pada anak-anaknya, hasil riset Al Anshori dan Nuryanto (2013) yang dilakukan di Kota Semarang menunjukkan bahwa tingkat social ekonomi keluarga yang rendah berisiko 11 kali mengalami stunting. Hasil riset Ago *et al* (2009) di Provinsi Maluku menunjukkan variabel pendapatan keluarga yang rendah menjadi faktor risiko stunting. Penelitian yang dilakukan Blair (2018) di India, Nepal, Ethiopia, dan Madagascar menyatakan bahwa faktor sosial ekonomi yang terkait dengan pendapatan dan kemiskinan berhubungan dengan stunting. Hasil penelitian Rosa *et al* (2020), akses dan ketersediaan bahan makanan dalam rumah tangga berhubungan dengan pendapatan keluarga. Hampir semua informan menyatakan keterbatasan keluarga dalam mengakses bahan makanan karena terbatasnya pendapatan. Stunting dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi keluarga karena orang tua dengan pendapatan keluarga yang memadai akan memiliki kemampuan untuk menyediakan semua kebutuhan primer dan sekunder anak yang dapat mencegah anak dari stunting (Setiawan, Machmud, & Masrul, 2018), sedangkan keluarga yang relatif kurang sejahtera akan sulit menyediakan makanan bergizi dan berkualitas untuk anak.



Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## b. Pendidikan ibu

Hasil riset Torlesse *et al* (2016) mengindikasikan bahwa di Indonesia, prevalensi *stunting* lebih tinggi pada anak yang ibunya tidak tamat SD (43,4%) atau menyelesaikan pendidikan dasar (31,0%) dibandingkan dengan tamat SMA (23,0%). Menurut hasil meta analisis yang dilakukan oleh Budiastuti dan Rahfiludin (2019) pendidikan ibu sangat menentukan kualitas kesehatan dan gizi anak, karena dengan pendidikan yang memadai ibu akan lebih selektif dan kreatif dalam memberikan makanan yang baik dan bergizi pada anaknya. Berdasarkan hasil penelitian di negara berkembang lainya secara konsisten menyatakan bahwa pendidikan ibu berisiko mengalami *stunting*. Hasil penelitian Rahmawati, Fajar, & Idris, (2020), Ibu berpendidikan rendah mempunyai kecenderungan akan memiliki anak *stunting* sebesar 7.2 kali dibandingkan ibu dengan pendidikan tinggi.

Menurut penelitian Ni'mah dan Muniroh (2015) pendidikan ibu berhubungan dengan kejadian *stunting*, Ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih baik akan lebih mudah dalam menerima informasi daripada ibu dengan tingkat pendidikan yang kurang sehingga informasi tersebut dapat dijadikan sebagai bekal untuk mengasuh balita dalam kehidupan sehari-hari. Hal senada juga disampaikan oleh Abuya *et al* (2012), bahwa pendidikan ibu memiliki korelasi yang kuat dengan *stunting* pada anak. Ibu yang memiliki pendidikan tinggi berkaitan dengan pengetahuan dan praktek perawatan kesehatan anak dan praktek pemberian makan yang lebih baik. Engel, Menon, and Hadad (1997), tingkat pendidikan ibu yang rendah berdampak pada terbatasnya akses informasi dalam hal praktek pengasuhan yang baik dan akses fasilitas kesehatan.

## c. Usia menikah ibu

Anak-anak yang dilahirkan dari ibu muda (kurang dari 20 tahun) memiliki risiko berat bada lahir rendah dan lahir prematur, dan tingginya risiko *stunting* pada anak usia 2 tahun (Fall *et al*, 2015). Hasil penelitian Herawati *et al* (2018), anak-anak yang dilahirkan dari Ibu yang berusia muda lebih berisiko memiliki anak *stunting*. Tingginya angka pernikahan dini di Indonesia menyebabkan kehamilan pertama terjadi di usia dini atau saat ibu masih remaja. Kehamilan pada usia remaja merupakan salah satu penyebab secara tidak langsung kejadian *stunting* pada anak. Beberapa penyebab terjadinya *stunting* pada balita yang dilahirkan dari ibu usia remaja adalah faktor ibu dan lingkungan sekitar rumah. Faktor ibu (*maternal factor*) meliputi gizi yang buruk saat pra – konsepsi, kehamilan dini, kesehatan mental ibu, kelahiran premature, jarak kelahiran yang pendek dan hipertensi. Usia ibu saat pertama kali hamil sangat berpengaruh terhadap jalannya kehamilan.



Jika usia ibu lebih muda atau lebih tua pada saat kehamilan (<20 tahun dan >35 tahun) maka akan lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Seorang wanita yang hamil pada usia remaja akan diprediksi menyebabkan bayi lahir dengan berat rendah (BBLR) serta kematian pada bayi (Larasati, *et al* 2018). Seorang ibu yang hamil pada usia <20 tahun tidak punya pengalaman dan pengetahuan yang cukup untuk memperhatikan kehamilan, begitupun usia ibu yang terlalu tua (>35 tahun) saat hamil cenderung tidak memiliki semangat dalam merawat kehamilannya (Chirande, *et al* 2015). Sani, *et al* (2019) menyatakan bahwa sebagian besar balita yang *stunted* ditemukan pada ibu usia berisiko untuk hamil (< 20 tahun dan > 35 tahun). Pada usia berisiko tersebut dibutuhkan nutrisi banyak baik untuk janin maupun untuk ibunya sendiri, sehingga pada usia tersebut sangat rentan terhadap kekurangan nutrisi.

#### d. Jumlah anak

Penelitian oleh Candra (2013), menyebutkan bahwa jumlah anak >2 merupakan faktor risiko stunting. Ketersediaan pangan keluarga dipengaruhi oleh jumlah anak dalam keluarga. Peluang anak mengalami gizi buruk lebih besar pada keluarga dengan status ekonomi yang rendah yang memiliki anak banyak. Ibu yang bekerja untuk membantu keuangan keluarga menyebabkan pemenuhan gizi balita terabaikan. Anak memerlukan perhatian dan makanan yang sesuai kebutuhan, namun kondisi keluarga yang ekonominya kurang dan mempunyai anak banyak akan merasa kesulitan dalam memenuhi kebutuhan tersebut (Karundeng et al., 2015).

#### e. Jarak kelahiran

Jarak kelahiran mempengaruhi pola asuh orangtua terhadap anaknya. Jarak kelahiran dekat membuat orangtua cenderung lebih kerepotan sehingga kurang optimal dalam merawat anak. Hal ini disebabkan karena anak yang lebih tua belum mandiri dan masih memerlukan perhatian yang sangat besar. Akibatnya asupan makanan anak kurang diperhatikan. Jarak kelahiran kurang dari dua tahun juga menyebabkan salah satu anak, biasanya yang lebih tua tidak mendapatkan ASI yang cukup karena ASI lebih diutamakan untuk adiknya. Akibat tidak memperoleh ASI dan kurangnya asupan makanan, anak akan menderita malnutrisi yang bisa menyebabkan stunting (Chandra 2013).



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

#### f. Tinggi badan orangtua

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tinggi badan ibu secara langsung mempengaruhi kejadian stunting. Ibu dengan tinggi badan < 147 cm memiliki kecenderungan 3,345 kali untuk memiliki anak yang stunting. Sifat pendek dapat diturunkan pada anaknya oleh orang tua yang membawa sifat pendek dalam kromosom gennya. Orang tua yang pendek akibat kurangnya nutrisi ataupun patologis akibat penyakit tertentu tidak akan menurunkan sifat pendek tersebut pada anaknya (Kusuma dan Nuryanto, 2013). Stunting yang disebabkan oleh faktor genetik menyebabkan pertumbuhan tidak optimal sehingga pada saat dewasa cenderung mengalami komplikasi selama hamil, sulit saat persalinan, dan dapat menyebabkan kematian. Ibu yang stunting berpotensi memiliki anak stunting akibat siklus kekurangan gizi antar generasi (Fitriahadi, 2018). Hasil Penelitian Husna (2017) ibu dengan tinggi badan pendek (<150 cm) berpeluang 6,35 kali lebih besar memiliki anak stunting dibanding ibu dengan tinggi badan normal. Tinggi badan merupakan salah satu bentuk dari ekspresi genetik, dan merupakan faktor yang diturunkan kepada anak serta berkaitan dengan kejadian stunting. Anak dengan orang tua yang pendek, baik salah satu maupun keduanya, lebih berisiko untuk tumbuh pendek dibanding anak dengan orang tua yang tinggi badannya normal. Apabila sifat pendek orang tua disebabkan karena masalah nutrisi maupun patologis, maka sifat pendek tersebut tidak akan diturunkan kepada anaknya (Supriasa IDN, dkk, 2002).

#### g. Ibu hamil anemia

Anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan anak stunting. Artinya ibu hamil yang mengalami anemia berisiko 3 kali lipat mengalami kejadian stunting pada balita dibandingkan dengan Ibu hamil yang tidak mengalami anemia (Hastuti, 2020). Pada umumnya penyebab anemia pada ibu hamil adalah kurangnya gizi, kurangnya zat besi dalam makanan yang dikonsumsi, penyerapan yang kurang baik dan penyakit-penyakit kronik (seperti TBC, paru-paru, cacing usus, dan malaria). Anemia pada ibu hamil dihubungkan dengan meningkatkannya kelahiran prematur, kematian ibu dan anak dan penyakit infeksi. Anemia dapat mempengaruhi pertumbuhan dan berkembang janin/bayi saat kehamilan maupun setelahnya. Ibu hamil yang mengalami anemia akan berisiko mengalami *intrauterine growth retardation* (IUGR) atau pertumbuhan janin terhambat, dan bayi yang kemudian dilahirkan dapat berisiko mengalami BBLR (Iryani 2016). Hemoglobin sebagai transportasi zat besi dari ibu ke janin melalui plasenta.



Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

Transfer zat besi dari ibu ke janin didukung oleh peningkatan substansial dalam penyerapan zat besi ibu selama kehamilan.

#### **h. Berat badan lahir dan panjang badan bayi lahir**

Hasil meta analisis Budiastuti dan Rahfiludin (2019) panjang badan lahir pada bayi jika kurang dari 48 cm akan berisiko mengalami stunting pada waktu yang akan datang. Berdasarkan penelitian di India bayi yang lahir dengan panjang badan rendah berisiko stunting. Penelitian di Depok diketahui bahwa panjang lahir bayi pendek berisiko terhadap anak stunting dikemudian hari. Panjang lahir pendek berisiko 16,4 kali mengalami stunting.

Masa baduta disebut sebagai 'masa kritis'. Salah satu indikator masa kritis adalah ketika anak lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) anak baduta yang memiliki riwayat BBLR 5,87 kali lebih besar berisiko mengalami stunting dibandingkan dengan baduta yang tidak mengalami BBLR atau baduta yang tidak mengalami BBLR sebagai *protector* terhadap kejadian stunting (Rahayu et al, 2015). Bayi dengan BBLR antara lain dapat mengalami hambatan pertumbuhan atau stunting. Anak dengan BBLR yang diiringi dengan konsumsi makanan yang tidak adekuat, pelayanan kesehatan yang tidak layak, dan sering terjadi infeksi pada masa pertumbuhan akan terus mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan dan menghasilkan anak yang stunting. Menurut Arifeen et al (2004), status gizi ibu sebelum dan ketika hamil juga turut berperan mencetuskan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR).

#### **i. Kelengkapan Imunisasi**

Anak dengan status imunisasi belum tuntas 1,78 kali lebih berisiko untuk mengalami stunting dibandingkan anak dengan status imunisasi lengkap. Vaksinasi berperan dalam menurunkan angka kematian anak dan anak yang mendapat vaksinasi memiliki risiko yang lebih rendah untuk mengalami stunting. Pemberian imunisasi yang lengkap memungkinkan anak memiliki daya tahan tubuh yang baik sehingga memiliki tingkat kesakitan yang rendah. Kondisi tersebut akan berdampak pada menurunnya masalah gizi pada anak yang selanjutnya akan menurunkan kejadian stunting. Vaksinasi yang dilakukan tepat waktu dapat mengurangi kemungkinan stunting pada anak-anak, sementara vaksinasi yang tertunda dapat meningkatkan kemungkinan stunting (Fajariah et al 2020). Imunisasi merupakan faktor risiko terhadap kejadian stunting. Hal ini menunjukkan bahwa balita yang tidak mendapatkan imunisasi dasar lengkap berisiko



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

3,850 kali lebih besar untuk menderita stunting dibandingkan dengan balita yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap (Agustina 2018).

#### **j. Kunjungan Ke Posyandu**

Anak yang kurang aktif datang ke posyandu berisiko 3,1 kali mengalami stunting dibandingkan anak yang aktif datang ke posyandu (Destiadi, 2015). Tingkat kehadiran di posyandu mempunyai pengaruh besar terhadap pemantauan status gizi, serta ibu balita yang datang ke Posyandu akan mendapatkan berbagai informasi tentang kesehatan yang bermanfaat dalam menentukan pola hidup sehat dalam setiap harinya. Tingkat partisipasi Ibu ke Posyandusangat mempengaruhi status gizi balita karena mempermudah monitoring status gizi anak secara dini. Apabila ada balita yang berat badannya tidak sesuai dengan target setiap bulannya dapat segera ditindaklanjuti oleh petugas Posyandu (Agustiawan dan Pitoyo, 2020).

#### **k. Sanitasi dan Akses Air Bersih**

Hasil penelitian Fregonese *et al.*, (2016), menyatakan bahwa anak yang hidup di lingkungan terkontaminasi dengan sanitasi yang tidak layak memiliki risiko 40% mengalami stunting dan secara signifikan lebih tinggi dipedesaan dan pinggiran kota dibandingkan dengan yang tinggal di perkotaan. Menurut Rahayu dan Darmawan (2019), sanitasi lingkungan yang tidak baik berpengaruh terhadap kejadian stunting. Keluarga yang memiliki lingkungan yang tidak sehat, sumber air dan sanitasi yang buruk dapat menyebabkan terjadinya stunting.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## I. Pertambahan Berat Badan Ibu Hamil

Menurut kemenkes (2010), pertambahan berat badan normal ibu hamil di Indonesia adalah 9-12 kg selama kehamilan. Kenaikan berat badan selama kehamilan berperan penting dalam pertumbuhan janin dan berkontribusi pada status kesehatan anak setelah lahir hingga dewasa. Hasil penelitian Erowati (2019) ibu dengan kenaikan berat badan yang kurang selama kehamilan memiliki risiko terjadi stunting sebesar 2,15 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu dengan kenaikan berat badan normal. Pertambahan berat badan saat hamil merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status kelahiran bayi (BBLR). Penambahan berat badan saat hamil perlu dikontrol karena apabila berlebih dapat menyebabkan obesitas pada bayi sebaliknya apabila kurang dapat menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah, prematur yang merupakan faktor risiko kejadian stunting pada anak balita.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## **BAB III KERANGKA PEMIKIRAN**

Status sosial ekonomi keluarga yang baik dapat meningkatkan kemampuan pengasuhan dan perawatan anak lebih baik sehingga tumbuh dan kembang anak menjadi normal (Singh 2012, Augustine 2015). Pendapatan sebagai salah satu indikator sosial ekonomi sangat berpengaruh terhadap kecukupan dalam mencukupi dan memenuhi kebutuhan konsumsi gizi dalam keluarga, didukung hasil penelitian yang menyatakan bahwa pendapatan keluarga yang rendah berisiko terhadap kejadian stunting pada anak-anaknya (Ardiyah *et al* (2015); Ramli (2009). Aytac *et al* (2005) menyatakan bahwa keadaan ekonomi keluarga yang tidak stabil menyebabkan kebutuhan akan pendidikan, kesehatan, dan pangan menjadi tidak memadai. Herawati *et al* (2018) menunjukkan semakin tinggi pendidikan istri maka akan semakin baik pola asuh dan status gizi anak. Ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih baik akan lebih mudah dalam menerima informasi daripada ibu dengan tingkat pendidikan yang kurang sehingga informasi tersebut dapat dijadikan sebagai bekal untuk mengasuh balita dalam kehidupan sehari-hari. Engel, Menon, and Hadad (1997), tingkat pendidikan ibu yang rendah berdampak pada terbatasnya akses informasi dalam hal praktek pengasuhan yang baik dan akses fasilitas kesehatan.

Menurut Adebayo *et al* (2010) jumlah anggota keluarga berhubungan dengan kondisi yang tidak menguntungkan bagi keluarga. Hasil studi menunjukkan bahwa keluarga dengan jumlah anggota yang banyak seringkali memiliki ketersediaan makanan yang terbatas sehingga asupan makanan per kapita menjadi rendah. Kondisi tersebut yang berdampak pada kondisi status gizi anggota keluarga. Adebayo *et al* (2010) menemukan prevalensi stunting lebih tinggi pada keluarga dengan kondisi tidak tahan pangan.

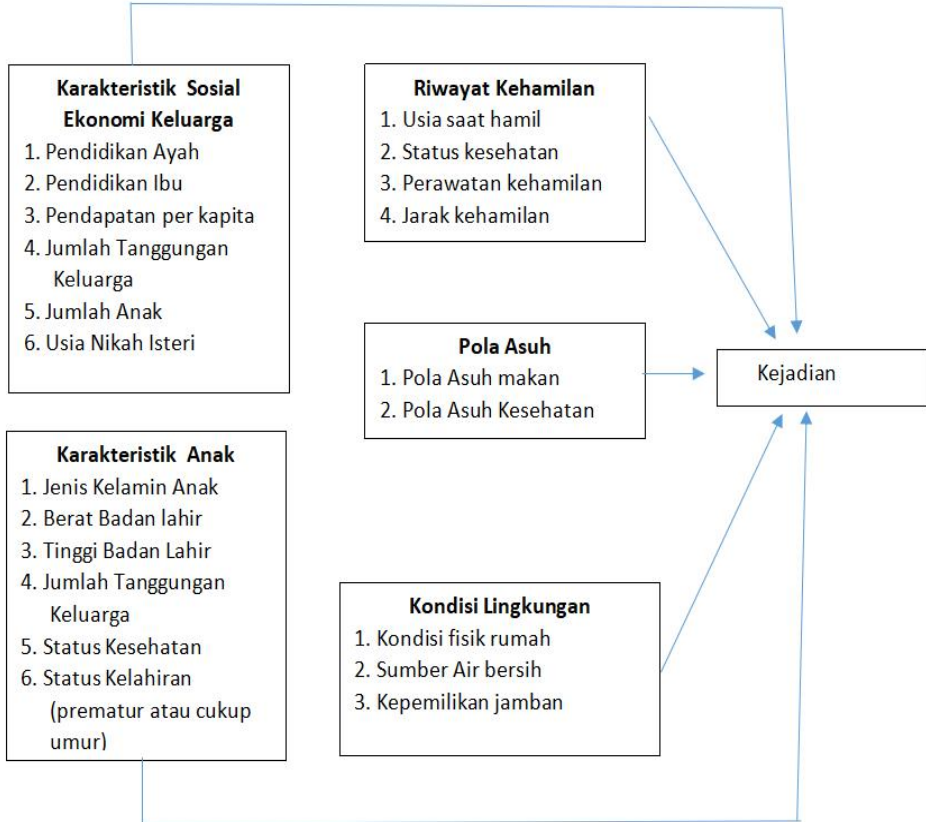
Fall *et al* (2015) menyatakan anak-anak yang dilahirkan dari ibu muda (kurang dari 20 tahun) memiliki risiko berat badan lahir rendah dan lahir prematur, dan tingginya risiko stunting pada anak usia 2 tahun. Selanjutnya Kitano (2016) menyebutkan bahwa ibu yang melahirkan dalam usia muda seringkali tidak memiliki kemandirian secara ekonomi sehingga berdampak pada perawatan dan stimulasi anak yang dilahirkan. Usia menikah ibu yang dewasa lebih mampu memberikan pola asuh makan yang lebih baik dibandingkan dengan usia ibu yang lebih muda. Ketidaksiapan perempuan berhubungan signifikan dengan pengalaman baru sebagai seorang ibu yang rendah pengetahuan, terlalu muda dan tidak memiliki pemahaman yang cukup terkait pemberian makan.



Pola asuh sehat adalah suatu bentuk interaksi yang dilakukan orang tua agar anak berada dalam kondisi sehat, tidak sakit dan berada pada kondisi tubuh yang optimal (Hastuti 2015). Pola asuh makan dan kesehatan merupakan pemberian pengasuhan berhubungan dengan pencapaian pertumbuhan anak (Kariuki et al. 2012. Meshramet al. 2013). Pola asuh makan dan kesehatan yang diterapkan ibu menjadi faktor yang berkontribusi pada status gizi dan kesehatan anak yang berdampak pada tumbuh kembang anak (Meshram et al. 2013). Pola asuh makan yang baik memiliki peluang lebih besar anak tidak mengalami stunting. Kumar et al (2006) menemukan bahwa praktek pemberian makan yang baik dalam jangka panjang akan memperbaiki status gizi anak.

Karakteristik anak berhubungan dengan pola asuh yang diberikan oleh orangtua. Jenis kelamin dan urutan anak dalam keluarga mempengaruhi cara ibu memberikan pola asuh sehat dan pola asuh makan. Praktek pengasuhan anak perempuan lebih baik dibandingkan dengan anak laki-laki (Dewanggi et al, 2012).

Sanitasi lingkungan berperan penting terhadap kejadian stunting. Terdapat hubungan yang signifikan antara variable sumber air bersih, akses sanitasi, pengelolaan limbah rumah tangga, kejadian diare dan ISPA dengan kejadian stunting pada balita di Indonesia. Air yang tidak layak menimbulkan berbagai penyakit diantaranya diare dan thipus. Anak dengan kondisi air dan sanitasi yang kurang baik berisiko stunting. Keluarga yang tidak memiliki jamban berpotensi menimbulkan berbagai penyakit infeksi yang akan mengganggu proses penyerapan zat gizi sehingga tumbuh kembang anak balita terganggu. Terdapat hubungan yang kuat antara kejadian diare dan stunting pada balita. Kejadian diare sangat erat kaitannya dengan sanitasi lingkungan yang buruk (Hasanah et al, 2021).



**Gambar 3.** Kerangka pikir



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## **BAB IV METODE PENELITIAN**

### **A. Desain, Tempat, dan Waktu Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah *crosectional* (dilakukan pada satu titik waktu) dan retrospektif studi (*me-recall* kondisi masa lalu). Kajian ini menggunakan pendekatan *mix methode* yaitu kuantitatif dan kualitatif. Pemilihan tempat kajian dilakukan secara *purposive* dengan pertimbangan bahwa kab/kota tersebut memiliki zona zona merah yaitu prevalensi stunting lebih dari 30 persen, yaitu Kabupaten Garut, Kabupaten Cianjur, Kabupaten Bandung, Kabupaten Bogor dan Kota Bogor. Waktu penelitian, mulai penyusunan proposal, pengambilan data dan penyusunan laporan dilaksanakan selama tiga bulan, yaitu bulan Juni sampai Agustus 2022.

### **B. Jenis Data dan Teknik Pengumpulan Data**

Jenis data yang dikumpulkan adalah data primer dan sekunder. Data primer yang dikumpulkan adalah karakteristik keluarga, karakteristik anak, riwayat kehamilan, pengasuhan anak, dan kondisi lingkungan rumah, sedangkan data sekunder yang dikumpulkan adalah data prevalensi stunting, dan profil Jawa Barat, review jurnal nasional dan internasional. Teknik pengumpulan data primer dilakukan wawancara langsung kepada keluarga dengan anak balita stunting dan pengumpulan data sekunder dilakukan melalui penelusuran dokumen dan jurnal di media internet. Contoh dalam penelitian ini dipilih secara *purposive* (sengaja) pada keluarga lengkap dengan anak balita stunting. Jumlah keluarga yang diwawancara sebanyak 270 keluarga, dengan rincian sebagai:

1. Kabupaten Bandung : 33
2. Kabupaten Bogor : 51
3. Kabupaten Cianjur : 62
4. Kabupaten Garut : 74
5. Kota Bogor : 50

### **C. Pengolahan dan Analisis Data**

Data yang diperoleh diolah melalui rangkai proses berupa *editing, coding, scoring, entry, cleaning, analyzing* serta interpretasi. Pengolahan data menggunakan bantuan *Microsorf Excel*, dan *Statistical Package for Social Science (SPSS) 25.0 for windows*. Setelah *entry* dan *cleaning* data, dilakukan proses analisis. Analisis data dilakukan secara deskriptif.



## BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Profil Provinsi Jawa Barat

#### 1. Letak Geografis Provinsi Jawa Barat

Provinsi Jawa Barat mempunyai luas wilayah 35.377,76 Km<sup>2</sup> atau sekitar 1.85 % dari luas wilayah Indonesia, secara geografis terletak di antara 5o50' - 7 o50' Lintang Selatan dan 104o48' - 108o48' Bujur Timur, dengan batas wilayahnya sebagai berikut :

- Sebelah Utara, dengan Laut Jawa dan DKI Jakarta
- Sebelah Timur, dengan Provinsi Jawa Tengah
- Sebelah Selatan, dengan Samudra Indonesia
- Dan sebelah Barat dengan Provinsi Banten



**Gambar 4.** Peta Administrasi Provinsi Jawa Barat

#### 2. Administratif Provinsi Jawa Barat

Secara administratif pemerintahan, wilayah Jawa Barat terbagi kedalam 27 kabupaten/kota, meliputi 18 kabupaten yaitu Kabupaten Bogor, Kabupaten Sukabumi, Kabupaten Cianjur, Kabupaten Bandung, Kabupaten Garut, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Ciamis, Kabupaten Pangandaran, Kabupaten Kuningan, Kabupaten Cirebon,



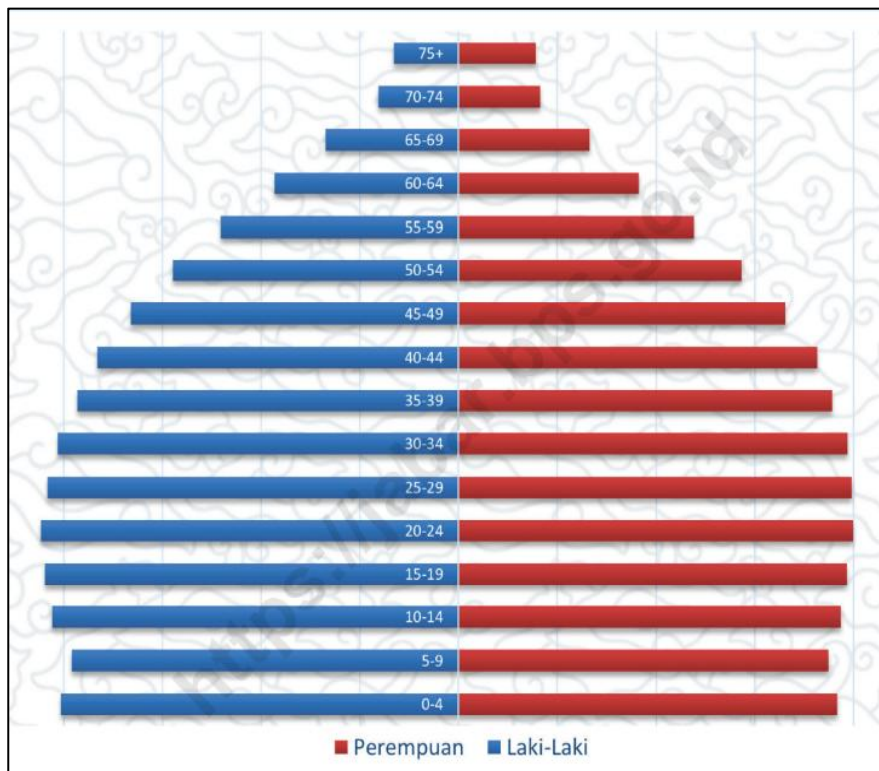
**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

Kabupaten Majalengka, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Subang, Kabupaten Purwakarta, Kabupaten Karawang, Kabupaten Bekasi, Kabupaten Bandung Barat dan 9 kota yaitu Kota Bogor, Kota Sukabumi, Kota Bandung, Kota Cirebon, Kota Bekasi, Kota Depok, Kota Cimahi, Kota Tasikmalaya, dan Kota Banjar serta terdiri dari 627 kecamatan, 5.957 kelurahan dan desa.

### 3. Struktur Penduduk Menurut Golongan Umur

Sensus Penduduk 2020 mencatat penduduk Jawa Barat pada bulan September 2020 sebanyak 48,27 juta jiwa. Berdasarkan hasil Proyeksi Penduduk Interim 2020-2023, tahun 2021 jumlah penduduk di Provinsi Jawa Barat mencapai 48,78 juta jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk Jawa Barat 2020-2021 sebesar 1,41 persen. Data tahun 2021, jumlah penduduk laki-laki di Jawa Barat sebanyak 24,76 juta orang, atau 50,75 persen dari penduduk Jawa Barat. Sementara, jumlah penduduk perempuan di Jawa Barat sebanyak 24,03 juta orang, atau 49,25 persen dari penduduk Jawa Barat.



**Gambar 5.** Piramida Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin  
Sumber: Provinsi Jawa Barat dalam Angka 2022 (BPS, 2022)



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

#### 4. Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin

Berdasarkan tabel jumlah penduduk menurut kelompok umur dan jenis kelamin diketahui bahwa jumlah total penduduk tertinggi berada pada kelompok umur 20-24 tahun, sebanyak 4 113 698 penduduk (Tabel 1).

**Tabel 1.** Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin

Kelompok Umur <i>Age Group</i>	Jenis Kelamin/Sex		
	Laki-Laki <i>Male</i>	Perempuan <i>Female</i>	Jumlah <i>Total</i>
(1)	(2)	(3)	(4)
0- 4	2 012 721	1 918 445	3 931 166
5- 9	1 960 440	1 874 123	3 834 563
10-14	2 058 007	1 936 118	3 994 125
15-19	2 093 556	1 968 246	4 061 802
20-24	2 116 181	1 997 517	4 113 698
25-29	2 082 042	1 990 717	4 072 759
30-34	2 029 000	1 969 270	3 998 270
35-39	1 929 373	1 892 209	3 821 582
40-44	1 829 404	1 816 501	3 645 905
45-49	1 659 088	1 654 056	3 313 144
50-54	1 445 596	1 433 997	2 879 593
55-59	1 203 322	1 191 203	2 394 525
60-64	932 024	912 492	1 844 516
65-69	674 637	663 395	1 338 032
70-74	405 161	414 630	819 791
75+	328 428	390 503	718 931
<b>Jawa Barat</b>	<b>24 758 980</b>	<b>24 023 422</b>	<b>48 782 402</b>

Sumber: Provinsi Jawa Barat dalam Angka 2022 (BPS, 2022)

#### 5. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan data BPS (2022) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan di Provinsi Jawa Barat masih di dominasi oleh tingkat sekolah dasar (98.37%). Data menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin rendah jumlah penduduk yang memiliki tingkat pendidikan tinggi. Tingkat Pendidikan perguruan tinggi sebesar 17.44 persen, tingkat Pendidikan perguruan tinggi paling banyak berada di Kota Bandung (33.78%), Kota Bogor (28.31%) dan Kota Depok (28.17%). Jumlah penduduk yang paling rendah memiliki pendidikan tinggi adalah Kabupaten Caintur dan Subang, yaitu masing-masing 5 persen.



**Tabel 2.** Sebaran Penduduk Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Wilayah Jawa Barat	SD/MI/Paket A	SMP/MTS/Paket B	SMA/MA/Paket C	Perguruan Tinggi
Provinsi Jawa Barat	98.37	82.88	58.58	17.44
Bogor	99.15	85.26	54.66	23.26
Sukabumi	99.43	82.17	52.46	8.23
Cianjur	98.80	80.86	45.06	5.90
Bandung	99.43	88.56	53.80	17.95
Garut	99.40	83.17	51.95	8.22
Tasikmalaya	98.68	89.61	62.82	15.74
Ciamis	98.11	87.16	50.81	14.32
Kuningan	95.26	79.82	67.61	12.64
Cirebon	95.80	81.44	60.31	11.13
Majalengka	97.96	80.81	60.97	9.88
Sumedang	96.01	89.17	44.53	17.94
Indramayu	98.36	80.36	58.88	10.22
Subang	99.36	80.39	52.28	5.27
Purwakarta	96.76	72.66	55.42	7.52
Karawang	98.37	82.60	56.87	9.53
Bekasi	98.85	81.64	57.75	19.82
Bandung Barat	97.69	76.56	49.70	9.16
Pangandaran	95.84	84.97	67.27	7.93
Kota Bogor	95.65	75.65	62.98	28.31
Kota Sukabumi	97.99	83.17	70.62	24.96
Kota Bandung	99.00	81.40	68.35	33.78
Kota Cirebon	95.15	69.96	67.64	17.62
Kota Bekasi	98.94	86.30	70.52	24.85
Kota Depok	98.19	78.71	77.18	28.17
Kota Cimahi	96.34	80.50	71.10	23.42
Kota Tasikmalaya	94.79	84.84	73.45	15.92
Kota Banjar	99.36	86.59	71.05	14.78

Sumber: BPS Provinsi Jawa Barat (2022)

## 6. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Jawa Barat

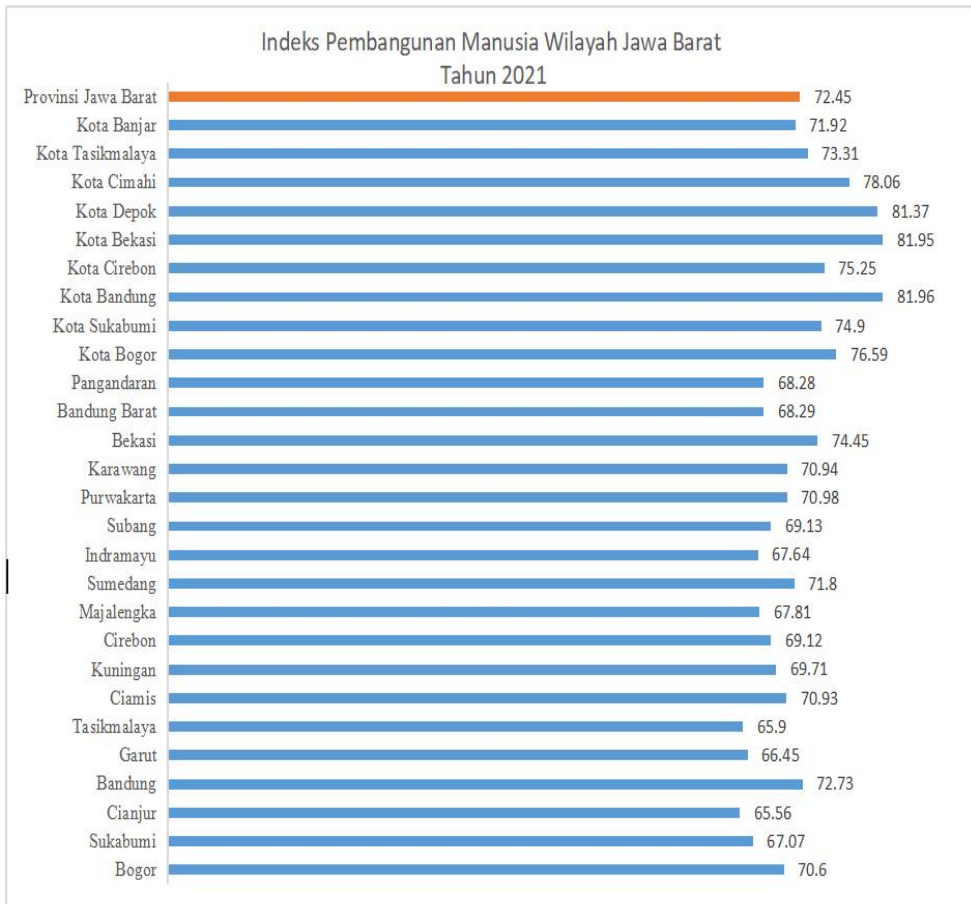
Pembangunan manusia didefinisikan sebagai proses perluasan pilihan bagi penduduk (*enlarging people choice*). IPM merupakan indikator penting untuk mengukur keberhasilan dalam upaya membangun kualitas hidup manusia. IPM menjelaskan bagaimana penduduk dapat mengakses hasil pembangunan dalam memperoleh pendapatan, kesehatan, pendidikan, dan sebagainya. IPM dibentuk oleh tiga dimensi dasar, yaitu umur panjang dan hidup sehat (*a long and healthy life*), pengetahuan (*knowledge*), dan standar hidup layak (*decent standard of living*).



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

Pembangunan manusia di Jawa Barat terus mengalami kemajuan. Sejak tahun 2016, status pembangunan manusia Jawa Barat meningkat dari level “sedang” menjadi “tinggi”. Selama 2010–2021 IPM Jawa Barat rata-rata meningkat sebesar 0,83 persen per tahun, dari 66,15 pada tahun 2010 menjadi 72,45 pada tahun 2021. Pertumbuhan terendah terjadi pada tahun 2020 yang disebabkan pandemi covid-19. IPM Jawa Barat mampu melebihi IPM Indonesia pada tahun 2021. Peningkatan IPM Jawa Barat yang terjadi pada tahun 2021 seiring dengan kebijakan pemulihan ekonomi yang berpengaruh positif terhadap indikator konsumsi riil per kapita (yang disesuaikan). Namun belum mencapai level yang sama di tahun 2019, kondisi sebelum adanya pandemi covid-19. IPM Jawa Barat menempati peringkat 10 nasional dengan status pembangunan berada pada level “tinggi”. Jika dilihat dari prevalensi stunting maka wilayah yang memiliki stunting tinggi seperti Kabupaten Garut, dan Kabupaten Cianjur memiliki IPM yang rendah.



**Grafik 2.** IPM Provinsi Jawa Barat  
Sumber: Provinsi Jawa Barat dalam Angka 2022 (BPS, 2022)

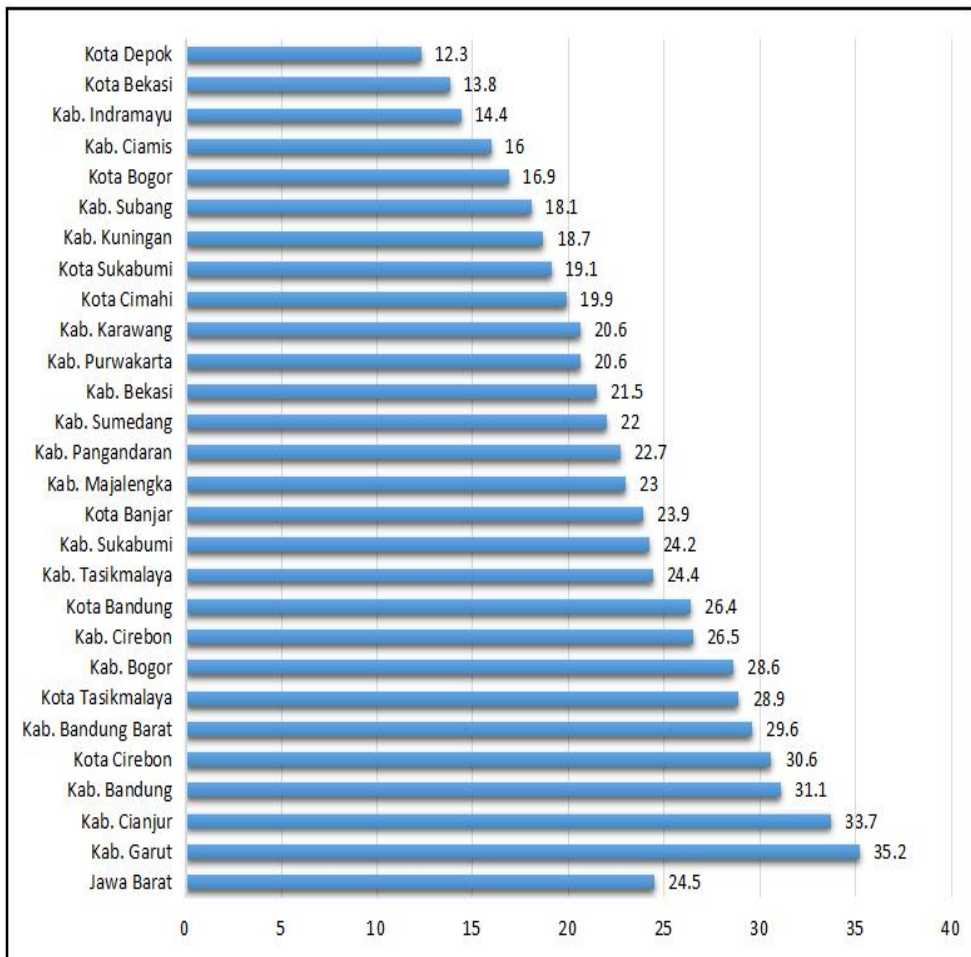


bkkbn

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## B. Prevalensi Stunting

Berdasarkan data SSGBI, prevalensi stunting di Jawa Barat pada tahun 2021 adalah 24,5 persen. Angka tersebut mengalami penurunan dibandingkan prevalensi stunting tahun 2019 (26,21%). Walaupun mengalami penurunan tetapi jumlah tersebut masih di atas standar WHO (20%) sehingga permasalahan stunting masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat di Indonesia. Jika dibandingkan dengan prevalensi stunting Indonesia, Jawa Barat masih berada sedikit di atas prevalensi nasional (24,4%) dan Jawa Barat termasuk kluster dengan prevalensi stunting menengah. Wilayah yang memiliki kluster dengan prevalensi stunting tinggi adalah Kabupaten Garut, Kabupaten Cianjur, Kabupaten Bandung dan Kota Cirebon, sedangkan yang termasuk dengan prevalensi stunting rendah adalah Kota Depok, Kota Bekasi dan Kabupaten Indramayu.



**Grafik 3.** Prevalensi stunting di Jawa Barat pada tahun 2021



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependidikan

## C. Profil Keluarga Anak Stunting di Provinsi Jawa Barat

### 1. Karakteristik Keluarga

#### a. Pendidikan Ibu dan Ayah

Hasil analisis menunjukkan bahwa sepertiga Ibu memiliki tingkat pendidikan sekolah dasar (31,1%) dan sekolah menengah pertama (38,9%). Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar (70%) ibu memiliki pendidikan rendah. Hal yang sama dengan pendidikan ayah yang memiliki pendidikan rendah, yaitu 31,1 persen memiliki pendidikan sekolah dasar dan 26,3 persen lulusan sekolah menengah pertama. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa 57 persen ayah memiliki pendidikan rendah. Walaupun demikian masih terdapat 38,9 persen ayah yang memiliki pendidikan sekolah menengah atas. Hasil tersebut senada dengan hasil riset Torlesse et al., (2016) yang mengindikasikan bahwa di Indonesia, prevalensi *stunting* lebih tinggi pada anak yang ibunya tidak tamat SD (43.4%) atau menyelesaikan pendidikan dasar (31.0%) dibandingkan dengan tamat SMA (23.0%).

Hasil penelitian Rahmawati, Fajar, & Idris, (2020), ibu berpendidikan rendah mempunyai kecenderungan akan memiliki anak *stunting* sebesar 7.2 kali dibandingkan ibu dengan pendidikan tinggi. Budiastuti dan Rahfiludin (2019) menyatakan bahwa pendidikan ibu sangat menentukan kualitas kesehatan dan gizi anak, karena dengan pendidikan yang memadai ibu akan lebih selektif dan kreatif dalam memberikan makanan yang baik dan bergizi pada anaknya. Ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih baik akan lebih mudah dalam menerima informasi daripada ibu dengan tingkat pendidikan yang kurang sehingga informasi tersebut dapat dijadikan sebagai bekal untuk mengasuh balita dalam kehidupan sehari-hari. Abuya et al (2012), bahwa pendidikan ibu memiliki korelasi yang kuat dengan *stunting* pada anak. Ibu yang memiliki pendidikan tinggi berkaitan dengan pengetahuan dan praktek perawatan kesehatan anak dan praktek pemberian makan yang lebih baik.

Pendidikan yang rendah pada ayah akan berpotensi pada rendahnya tingkat pendapatan keluarga. Hasil penelitian Herawati et al (2018) menunjukkan bahwa pada umumnya ayah dengan anaknya *stunting* memiliki pendidikan rendah yang berdampak pada rendahnya pendapatan keluarga dan kondisi keuangan yang tidak stabil.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

**Tabel 3.** Sebaran Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Suami dan Istri

Pendidikan Ibu	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak lulus SD	3	1,1
Sekolah dasar	84	31,1
Sekolah menengah pertama	105	38,9
Sekolah menengah atas	74	27,4
Diploma/S1	4	1,5
Pendidikan Ayah	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak lulus SD	2	0,7
Sekolah dasar	84	31,1
Sekolah menengah pertama	71	26,3
Sekolah menengah atas	105	38,9
Diploma/S1	8	3,0

#### b. Usia Ibu dan Ayah

Rata-rata usia Ibu adalah 31,4 tahun sedangkan ayah 35,9 tahun. Hasil penelitian menunjukkan masih ada 5,2 ibu yang berusia dibawah 21 tahun, yang mengindikasikan bahwa ibu tersebut nikah usia anak. Demikian juga ditemukan 20 persen ibu berada pada kategori usia 36-40 tahun dan 10 persen ibu berusia lebih dari 40 tahun, yang mengindikasikan bahwa ditemukan ibu melahirkan pada usia diatas 35 tahun. Adanya ibu yang melahirkan pada usia terlalu muda dan terlalu tua akan meningkatkan risiko stunting. Menurut Herawati (2018), ibu yang melahirkan pada usia anak berhubungan dengan kurangnya pengalaman dan pengetahuan ibu dalam praktek makan, perawatan kesehatan dan hygiene. Hasil ini diperkuat Fall *et al* (2015), bahwa anak-anak yang dilahirkan dari ibu muda (kurang dari 20 tahun) memiliki risiko berat bada lahir rendah dan lahir prematur, dan tingginya risiko stunting pada anak usia 2 tahun. Penelitian DARTH *et al* (2014), ibu yang berusia 35-44 tahun memiliki risiko lebih besar memiliki anak stunting dibandingkan ibu berusia dibawah 35 tahun. Usia ibu yang semakin tinggi berhubungan dengan penambahan jumlah anak sehingga jumlah anggota keluarga menjadi lebih banyak yang berdampak pada kualitas pengasuhan.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

**Tabel 4.** Sebaran Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Suami dan Istri

Usia ibu	Jumlah (n)	Persentase (%)
<21 tahun	14	5,2
21-25 tahun	49	18,1
26-30 tahun	72	26,7
31-35 tahun	53	19,6
36-40 tahun	54	20,0
>40 tahun	28	10,4
<b>Min-maks</b>	<b>18-47</b>	
<b>Rata-rata±STD</b>	<b>31.37±6.9</b>	
Usia suami	Jumlah (n)	Persentase (%)
<21 tahun	0	0
21-25 tahun	0	0
26-30 tahun	40	14.8
31-35 tahun	29	10.7
36-40 tahun	21	7.8
>40 tahun	180	66.7
<b>Min-maks</b>	<b>26-78</b>	
<b>Rata-rata±STD</b>	<b>35.9±8.1</b>	

### c. Pekerjaan Istri dan Suami

Sebagian besar istri sebagai ibu rumah tangga (94,1%) dan lebih dari setengah suami bekerja sebagai buruh (58,8%). Walaupun demikian masih ditemukan istri yang bekerja sebagai buruh pabrik, wiraswasta, dan karyawan. Jenis pekerjaan suami lainnya adalah wiraswasta, karyawan swasta, pedagang dan ojeg online. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Herawati et al (2018) bahwa sebagian besar ibu bekerja sebagai ibu rumah tangga dan suami bekerja sebagai buruh, terutama buruh pabrik dan bangunan. Temuan Herawati et al (2018) menunjukkan pada umumnya keluarga mengalami kesulitan ekonomi karena rendahnya pendapatan dan pendapatan yang tidak menentu. Wu et al (2015) menyatakan bahwa pendapatan yang rendah berhubungan dengan masalah gizi pada anak. Pendapatan yang rendah menyebabkan keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

**Tabel 5.** Sebaran Responden Berdasarkan Pekerjaan Istri dan Suami

Pekerjaan istri	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ibu rumah tangga	254	94,1
Buruh	5	1,9
Wiraswasta	6	2,2
Lainnya (karyawan, guru, honorer)	5	1,9
Pekerjaan suami	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak bekerja	4	1,5
Buruh	158	58,5
Wiraswasta	41	15,2
Driver (ojek & supir)	5	1,9
Karyawan swasta	20	7,4
Pedagang	13	4,8
Lainnya	29	10,7

#### d. Jumlah Anak dan Tanggungan Keluarga

Tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga memiliki anak 1-3 orang (86,3%) dengan rata-rata jumlah anak 2 orang. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga termasuk kategori keluarga kecil. Walaupun demikian masih ditemukan 13 persen keluarga yang memiliki lebih dari 4 anak, bahkan ditemukan keluarga dengan jumlah anak 11 orang. Sebagian besar keluarga memiliki jumlah tanggungan sebanyak 1-5 orang (83,7%) , dengan rata-rata 4 orang.



**Tabel 6.** Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Anak dan Tanggungan Keluarga

Jumlah anak	Jumlah (n)	Persentase (%)
1-3 anak	233	86,3
4-6 anak	33	12,2
>7 anak	4	1,5
<b>Min-maks</b>	<b>1-11</b>	
<b>Rata-rata±STD</b>	<b>2.4±1.3</b>	
Jumlah tanggungan keluarga	Jumlah (n)	Persentase (%)
1-5 orang	225,99	83,7
>5 orang	44,01	16,3
<b>Min-maks</b>	<b>2-9</b>	
<b>Rata-rata±STD</b>	<b>4.5±1.2</b>	

Peluang anak mengalami gizi buruk lebih besar pada keluarga dengan status ekonomi yang rendah yang memiliki anak banyak. Anak memerlukan perhatian dan makanan yang sesuai kebutuhan, namun kondisi keluarga yang ekonominya kurang dan mempunyai anak banyak akan merasa kesulitan dalam memenuhi kebutuhan tersebut (Karundeng et al., 2015). Menurut Adebayo *et al* (2010) jumlah anggota keluarga berhubungan dengan kondisi yang tidak menguntungkan bagi keluarga. Hasil studi menunjukkan bahwa keluarga dengan jumlah anggota yang banyak seringkali memiliki ketersediaan makanan yang terbatas sehingga asupan makanan per kapita menjadi rendah. Kondisi tersebut yang berdampak pada kondisi status gizi anggota keluarga.

#### e. Pendapatan Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentasi tertinggi (43,7%) keluarga memiliki pendapatan keluarga antara Rp 1000 000-Rp 1500 000 dan ditemukan sebanyak 27,8 persen memiliki pendapatan antara Rp 1600 000 – Rp 2 500 000. Jika dibandingkan dengan garis kemiskinan di Jawa Barat Tahun 2021 yaitu Rp 427 402, maka lebih dari setengah keluarga termasuk kategori miskin (55,6%) dan sisanya (44,4%) tidak miskin. Hal ini juga menunjukkan bahwa anak stunting juga ditemukan pada keluarga tidak miskin. Hasil penelitian ini sesuai dengan temuan Herawati et al (2018) bahwa hampir setengah keluarga yang memiliki anak stunting terkategori miskin.



Selanjutnya hasil kajian Herawati dan Dharmaputera (2021) menyebutkan bahwa salah satu faktor penyebab stunting di Jawa Barat adalah masalah ekonomi karena rendahnya pendapatan, pendapatan tidak menentu dan adanya pengangguran. Sebagai akibatnya keluarga mengalami kesulitan dalam pemenuhan pangan. Tekanan ekonomi yang menimpa keluarga menyebabkan daya beli menurun sehingga kualitas dan kuantitas pangan yang dikonsumsi menjadi rendah yang selanjutnya berdampak pada tidak terpenuhinya zat gizi. Keluarga dengan penghasilan relatif tetap, prevalensi berat badan kurang dan prevalensi stunting lebih rendah dibandingkan dengan keluarga yang berpenghasilan tidak tetap. Menurut Sutarto (2018) anak yang terjadi di Indonesia sebenarnya tidak hanya dialami oleh rumah tangga/keluarga yang miskin dan kurang mampu, karena stunting juga dialami oleh rumah tangga / keluarga yang tidak miskin / yang berada di atas 40 % tingkat kesejahteraan sosial dan ekonomi.

**Tabel 7.** Sebaran Responden Berdasarkan Pendapatan Per Kapita dan Status Kemiskinan

Pendapatan per bulan	Jumlah (n)	Persentase (%)
<1000.000	27	10,0
1000.000-1500.000	118	43,7
1600.000-2500.000	75	27,8
2600.000-5000.000	45	16,7
>5000.000	5	1,9
<b>Min-maks</b>	<b>400000-12000000</b>	
<b>Rata-rata±STD</b>	<b>1997777±1214486</b>	
Kategori Pendapatan per Kapita	Jumlah (n)	Persentase (%)
≤Garis kemiskinan (≤427 402)	150	55.6
>Garis kemiskinan (>427 402)	120	44.4
<b>Min-maks</b>	<b>66666-3000000</b>	
<b>Rata-rata±STD</b>	<b>483568±334819</b>	

#### f. Usia Nikah Ibu

Lebih dari setengah Ibu (58,1%) menikah diantara usia 19-25 tahun dan ditemukan sebanyak 33,7 persen menikah di bawah usia 19 tahun, dengan rata-rata 20 tahun. Hal tersebut menunjukkan bahwa keluarga dengan anak stunting memiliki ibu dengan menikah di usia anak. Jika dilihat berdasarkan rata-rata usia nikah maka



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

sebagian besar Ibu menikah dibawah standar usia yang dianjurkan BKKBN yaitu 21 tahun. Hasil penelitian Herawati et al (2018), anak-anak yang dilahirkan dari Ibu yang berusia muda lebih berisiko memiliki anak stunting. Tingginya angka pernikahan dini di Indonesia menyebabkan kehamilan pertama terjadi di usia dini atau saat ibu masih remaja. Kehamilan pada usia remaja merupakan salah satu penyebab secara tidak langsung kejadian stunting pada anak. Selanjutnya kajian Herawati dan Dharmaputera (2021) menemukan bahwa salah satu penyebab stunting di Jawa Barat adalah adanya pernikahan anak.

**Tabel 8.** Sebaran Responden Berdasarkan Usia Nikah Ibu

Usia nikah ibu	Jumlah (n)	Persentase (%)
<19 tahun	91	33.7
19-25 tahun	157	58.1
26-30 tahun	18	6.7
>30 tahun	4	1.5
<b>Min-maks</b>	<b>15-33</b>	
<b>Rata-rata±STD</b>	<b>20.7±3.4</b>	

Pada tahun 2019, jumlah pernikahan anak di Jawa Barat mencapai 21 499 kasus dan jumlah tersebut menurun pada tahun 2020 menjadi 9 821 kasus . Pernikahan anak dapat disebabkan karena budaya, faktor ekonomi dan hamil di luar nikah. Pernikahan anak rentan terjadinya stunting karena selain rawan melahirkan anak BBLR, pernikahan anak juga dihadapkan pada berbagai ketidaksiapan, baik secara fisik, finansial, mental yang berpengaruh terhadap kualitas anak yang dilahirkan.

Berdasarkan hasil kajian terhadap karakteristik keluarga maka yang menjadi faktor risiko terhadap stunting di Jawa Barat adalah :

1. Rendahnya pendidikan orangtua (Tamat SD dan SMP)
2. Rendahnya kualitas pekerjaan suami (buruh)
3. Masih ditemukan keluarga dengan anak lebih dari 4
4. Rendahnya pendapatan dan pendapatan tidak stabil
5. Keluarga miskin
6. Pernikahan usia anak



Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## 2. Karakteristik Anak

### a. Jenis Kelamin dan Usia Anak

Pada Tabel 9 dapat dilihat bahwa lebih dari setengah anak yang mengalami stunting adalah jenis kelamin laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa stunting cenderung lebih banyak di derita oleh anak laki-laki dibandingkan anak perempuan. Meskipun demikian sebanyak 46,3 persen yang mengalami stunting adalah anak perempuan. Hal ini senada dengan penelitian Herawati et al (2018) bahwa anak laki-laki memiliki risiko lebih tinggi terhadap kejadian stunting dibandingkan perempuan. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil meta analisis 16 studies dari 10 negara oleh Wamani *et al* (2007) bahwa kejadian stunting di beberapa studi lebih banyak pada anak laki-laki dibandingkan perempuan. Kondisi tersebut disebabkan banyaknya anak laki-laki yang dilahirkan dari keluarga dengan status ekonomi rendah.

**Tabel 9.** Sebaran Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia Anak

Jenis kelamin anak	Jumlah (n)	Persentase (%)
Laki-laki	145	53.7
Perempuan	125	46.3
Usia anak	Jumlah (n)	Persentase (%)
0-24 bulan	102	37.8
25-59 bulan	168	62.2

Hasil meta analisis di dua negara yaitu Kenya dan Sub Sahara Afrika menunjukkan adanya pola asuh yang bias gender yaitu perempuan mendapat posisi yang istimewa karena nilai perempuan dianggap lebih tinggi terutama pada keluarga petani dan keluarga dengan status sosial ekonomi yang rendah. Kondisi tersebut berdampak pada pola asuh makan yang diberikan, dimana perempuan memiliki pola asuh makan yang baik sehingga anak perempuan memiliki status gizi yang lebih baik dibandingkan anak laki-laki. Studi epidemiologi beberapa negara secara konsisten menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih rentan terhadap stunting karena pada awal-awal kehidupan anak laki-laki memiliki tingkat morbiditas (tingkat kesakitan) lebih tinggi daripada perempuan.

Jika dilihat berdasarkan sebaran usia maka anak-anak yang mengalami stunting lebih banyak pada anak usia 25-59 bulan (62,2%) dan terdapat 37,8 persen yang berusia 0-24 bulan. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Zahrawani et al (2022), di



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

salah satu kota Jawa Barat bahwa proporsi stunting menurut usia memiliki peningkatan jumlah seiring pertambahan usia dengan puncak prevalensi pada usia 25–59 bulan. Hal ini sesuai dengan hasil SSGI tahun 2021 menunjukkan bahwa prevalensi stunting tertinggi berada pada rentang 24-59 bulan . Pada tahun 2021, prevalensi stunting di Indonesia mencapai 24,4 persen, terdiri dari 8,2 persen anak berusia 0-23 bulan dan 16,1 persen usia 24-59 bulan. Menurut Soekirman (2005) Pertumbuhan pada dua tahun pertama kehidupan dicirikan dengan percepatan pertumbuhan linear maupun laju pertambahan berat badan. Pertumbuhan bayi cenderung ditandai dengan pertumbuhan cepat (*growth spurt*) yang dimulai pada usia 3 bulan hingga usia 2 tahun, kemudian pertumbuhan pada anak pada usia 2 tahun sampai usia anak 5 tahun menjadi lebih lambat dibandingkan dengan ketika masih bayi, walaupun pertumbuhan terus berlanjut dan akan memengaruhi kemampuan motoris, sosial, emosional, dan perkembangan kognitif. Anak yang mengalami stunting berdampak pada pertumbuhan yang terhambat dan bersifat irreversible. Dampak stunting dapat bertahan seumur hidup dan mempengaruhi generasi di masa akan datang. Selanjutnya Ramadhani et al (2019) menyatakan bahwa apabila anak menderita malnutrisi selama 1000 HPK, maka akan berdampak permanen dan jangka panjang. Bahkan anak dapat menderita gangguan pertumbuhan seperti stunting yang bersifat irreversible. Artinya adalah apabila anak sudah mengalami stunting maka tidak akan mempunyai kesempatan untuk mengejar keteringgalan pertumbuhan dan perkembangan di masa depan. Pertumbuhan dan perkembangan otak terjadi pada periode ini sehingga kekurangan gizi pada masa periode tersebut berdampak buruk terhadap perkembangan otak anak. Sutarto et al (2018) menyebutkan pertumbuhan anak dari sejak lahir sampai usia 15 bulan dapat terjadi gangguan pertumbuhan, mungkin karena asupan gizi yang kurang, seringnya menderita penyakit infeksi, atau faktor determinan lainnya.

## **b. Berat dan Panjang Badan Lahir**

Hampir semua bayi lahir dengan berat badan normal, yaitu sama dengan atau lebih dari 2,5 kg, sedangkan untuk panjang badan terdapat 29,3 persen yang memiliki panjang badan lahir kurang 48 cm. Hal tersebut menunjukkan bahwa hampir 30 persen bayi lahir dengan stunting. Jika dibandingkan dengan hasil SSGI tahun 2021, jumlah anak yang dilahirkan dengan berat badan lahir rendah (kurang dari 2,5 kg) sebanyak 70 persen, sedangkan panjang badan rendah (kurang dari 48 cm) sebanyak 18,6 persen. Hasil meta analisis Budiastuti dan Rahfiludin (2019) panjang badan lahir



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

pada bayi jika kurang dari 48 cm akan berisiko mengalami stunting pada waktu yang akan datang.

Hal yang perlu dicermati dari hasil penelitian ini adalah bahwa sebagian besar anak yang stunting dalam kajian ini memiliki panjang badan normal saat lahir. Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada keluarga yang memiliki panjang badan bayi lahir normal tetapi saat ini mengalami stunting, bayi mulai terhambat pertumbuhannya sejak usia di atas 6 bulan, karena bayi/anak sulit makan atau sakit. Hasil penelitian Herawati et al (2018) menunjukkan terdapat perbedaan signifikan pola asuh antara keluarga dengan anak stunting dan tidak stunting. Kualitas pola asuh pada keluarga dengan anak stunting lebih rendah dibandingkan dengan anak yang tidak stunting. Empat dari lima ibu dengan anak stunting tidak memberikan kolostrum pada bayi, sedangkan ibu dengan anak tidak *stunting* hampir semuanya memberikan kolostrum pada anak. Tiga dari lima Ibu dengan anak *stunting* membiarkan anak tidak menghabiskan makannya dan seperlimanya bersikap biasa saja dan membiarkan saat anak menolak/susah untuk makan. Selanjutnya Padmadas, Hutter, dan Willekens (2002) menyatakan bahwa usia makan anak merupakan faktor risiko *stunting* balita usia 12 bulan.

**Tabel 10.** Sebaran Anak Stunting Berdasarkan Berat dan Panjang Badan Bayi Lahir

Berat Badan lahir	Jumlah (n)	Persentase (%)
<2.5 kg	8	3,0
≥2.5 kg	262	97,0
<b>Min-maks</b>	<b>2-4.7</b>	
<b>Rata-rata±STD</b>	<b>3.3±3.7</b>	
Panjang Badan lahir	Jumlah (n)	Persentase (%)
<48 cm	79	29,3
≥48 cm	191	70,7
<b>Min-maks</b>	<b>36-68</b>	
<b>Rata-rata±STD</b>	<b>48.0±4.0</b>	



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

### c. Jenis Penyakit Bawaan dan Status Kelahiran

Hasil kajian menunjukkan sebagian besar anak tidak memiliki penyakit bawaan. Namun demikian terdapat 4,8 persen anak memiliki penyakit bawaan, seperti asma, jantung bocor, paru-paru, kejang, thalassemia, gatal-gatal dan sesak napas. Jika dilihat dari status kelahirannya maka sebagian besar (92,2%) anak dilahirkan dengan cukup umur dan ditemukan 7,8 persen yang lahir premature. Hasil berbagai penelitian menunjukkan kelahiran premature memiliki risiko yang lebih tinggi terjadinya stunting dibandingkan kelahiran normal. Menurut Sumardilah dan Rahmadi (2019), usia kehamilan merupakan faktor risiko kejadian stunting balita usia 12 bulan. Pertumbuhan pada bayi prematur mengalami keterlambatan dikarenakan usia kehamilan yang singkat dan adanya retardasi pertumbuhan linear di dalam kandungan. Bayi yang lahir cukup bulan apabila asupan gizinya kurang juga akan mengalami growth faltering. Hal ini akan bertambah berat jika ditambah dengan paparan penyakit infeksi. Sebaliknya, bayi prematur yang mengalami growth faltering jika diberikan dukungan asupan gizi yang adekuat maka pola pertumbuhan normal dapat terkejar (catch up).

**Tabel 11.** Sebaran Anak Stunting  
Berdasarkan Jenis Penyakit Bawaan dan Status Kelahiran

Jenis penyakit bawaan	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ada	13	4.8
Tidak ada	257	95.2
Status kelahiran	Jumlah (n)	Persentase (%)
Prematur	21	7.8
Cukup umur (9 bulan)	249	92.2



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

Hasil analisis dari karakteristik anak stunting maka karakteristik yang melekat adalah :

1. Jenis kelamin anak laki-laki berisiko lebih tinggi dibandingkan anak perempuan
2. Anak stunting lebih banyak pada anak usia diatas 24 bulan, yang mengindikasikan bahwa anak tersebut kemungkinan besar sudah mengalami stunting pada saat usia kurang dari 24 bulan
3. Anak-anak yang stunting memiliki panjang badan lahir normal, hal tersebut mengindikasikan bahwa anak mengalami stunting pasca kelahiran atau pada saat anak dikenalkan dengan MP-ASI
4. Sebagian besar anak tidak memiliki penyakit bawaan dan kelahiran cukup umur

### 3. Riwayat Kehamilan

#### a. Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) dan Anemia

Hasil analisis data menunjukkan bahwa sebagian besar ibu (83,3%) yang anaknya stunting saat ini tidak mengalami kekurangan energi kronis. Walaupun demikian masih ditemukan sekitar 26,7 persen ibu mengalami KEK. Gizi ibu waktu hamil sangat penting untuk pertumbuhan janin yang dikandungnya. Pada umumnya, ibu hamil dengan kondisi kesehatan yang baik yang tidak ada gangguan gizi pada masa pra-hamil maupun saat hamil, akan menghasilkan bayi yang lebih besar dan lebih sehat daripada ibu hamil yang kondisinya memiliki gangguan gizi. Kurang energi kronis akan menyebabkan lahirnya anak dengan bentuk tubuh “stunting” (Soetjningsih, 2015). Status gizi ibu selama kehamilannya mengalami KEK mempunyai risiko 2,2 kali lebih besar terjadinya balita stunting dibandingkan dengan status gizi ibu selama kehamilannya yang tidak KEK (Alfarisi et al, 2019). Status gizi ibu hamil yang mengalami kekurangan energi secara kronis pada trimester akhir ini menyebabkan ibu hamil tidak mempunyai cadangan zat gizi yang adekuat untuk menyediakan kebutuhan fisiologi kehamilan yakni perubahan hormon dan meningkatnya volume darah untuk pertumbuhan janin, sehingga suplai zat gizi pada janinpun berkurang akibatnya pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat dan lahir dengan berat yang rendah dimana banyak dihubungkan dengan tinggi badan yang kurang atau stunting (Arisman 2010).



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

Sebagian besar Ibu (76,7%) tidak mengalami anemia pada saat hamil, tetapi masih ditemukan 23,3 persen ibu yang mengalami anemia saat kehamilan anak yang saat ini stunting. Anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan anak stunting. Artinya ibu hamil yang mengalami anemia berisiko 3 kali lebih besar mengalami kejadian stunting pada balita dibandingkan dengan Ibu hamil yang tidak mengalami anemia (Hastuti, 2020). Pada umumnya penyebab anemia pada ibu hamil adalah kurangnya gizi, kurangnya zat besi dalam makanan yang dikonsumsi, penyerapan yang kurang baik dan penyakit-penyakit kronik (seperti TBC, paru-paru, cacing usus, dan malaria). Anemia pada ibu hamil dihubungkan dengan meningkatkannya kelahiran prematur, kematian ibu dan anak dan penyakit infeksi. Anemia dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin/bayi saat kehamilan maupun setelahnya. Ibu hamil yang mengalami anemia akan berisiko mengalami *intrauterine growth retardation* (IUGR) atau pertumbuhan janin terhambat, dan bayi yang kemudian dilahirkan dapat berisiko mengalami BBLR (Iryani 2016).

**Tabel 12.** Sebaran Ibu Berdasarkan Status KEK dan Anemia saat hamil

<b>Kurang Energi Kronis (Ibu kurus atau sangat kurus dengan LILA &lt;23,5 cm)</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>
Ya	45	26,7
Tidak	225	83,3
<b>Memiliki penyakit anemia (selalu pusing, ngantuk dan merasa kelelahan) atau kadar HB &lt; 12 g/dl</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>
Ya	63	23,3
Tidak	207	76,7

## **b. Usia Saat Hamil dan Jarak Kehamilan**

Anak balita yang stunting dalam kajian ini dilahirkan dari Ibu dengan rentang usia 20-34 tahun. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil dengan tidak berisiko stunting jika dilihat dari usia Ibu hamil. Hasil kajian menunjukkan bahwa ibu hamil dengan usia diatas 35 tahun lebih tinggi jumlahnya dibandingkan dengan ibu yang hamil dibawah usia 20 tahun. Menurut Larasati, *et al* (2018). Jika usia ibu lebih muda atau lebih tua pada saat kehamilan (<20 tahun dan >35 tahun) maka



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

akan lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Selanjutnya Chirande, *et al* (2015). menyatakan bahwa seorang ibu yang hamil pada usia < 20 tahun tidak punya pengalaman dan pengetahuan yang cukup untuk memperhatikan kehamilan, begitupun usia ibu yang terlalu tua (>35 tahun) saat hamil cenderung tidak memiliki semangat dalam merawat kehamilannya. Pada usia berisiko tersebut dibutuhkan nutrisi banyak baik untuk janin maupun untuk ibunya sendiri, sehingga pada usia tersebut sangat rentan terhadap kekurangan gizi.

**Tabel 13.** Sebaran Ibu Berdasarkan Usia Saat Hamil dan Jarak Kehamilan

Usia saat hamil < 20 tahun	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ya	11	4.1
Tidak	259	95.9
Usia saat hamil > 35 tahun	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ya	71	26.3
Tidak	199	73.7
Jarak kelahiran dengan anak sebelumnya	Jumlah (n)	Persentase (%)
<2 tahun	77	28.5
≥2 tahun	193	71.5

Tabel 13 menunjukkan bahwa lebih dari 70 persen jarak kelahiran anak yang stunting dengan anak sebelumnya lebih dari dua tahun, dan hampir 30 persen memiliki jarak kurang dari dua tahun. Menurut Chandra (2013), anak dengan jarak kelahiran dekat (< 2 th) berisiko menjadi stunting 11,65 kali dibandingkan anak yang memiliki jarak kelahiran ≥ 2 th. Jarak kelahiran mempengaruhi pola asuh orangtua terhadap anaknya. Jarak kelahiran dekat membuat orangtua cenderung lebih kerepotan sehingga kurang optimal dalam merawat anak. Hal ini disebabkan karena anak yang lebih tua belum mandiri dan masih memerlukan perhatian yang sangat besar. Akibatnya asupan makanan anak kurang diperhatikan. Jarak kelahiran kurang dari dua tahun juga menyebabkan salah satu anak, biasanya yang lebih tua tidak mendapatkan ASI yang cukup karena ASI lebih diutamakan untuk adiknya. Akibat tidak memperoleh ASI dan kurangnya asupan makanan, anak akan menderita malnutrisi yang bisa menyebabkan stunting (Chandra 2013).



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

### c. **Pertambahan berat badan, Konsumsi Tablet Besi dan Pemeriksaan Selama Kehamilan**

Pertambahan berat badan selama hamil kurang dari 9 kg atau lebih dari 9 kg hampir sama yaitu 50 persen. Hal ini menunjukkan bahwa anak yang saat ini stunting belum tentu dilahirkan dari seorang ibu yang pertambahan berat badannya kurang dari 9 kg. Walaupun demikian pertambahan berat badan selama kehamilan kurang dari 9 kg akan memiliki risiko lebih besar dibandingkan lebih dari 9 kg. Menurut kemenkes (2010), pertambahan berat badan normal ibu hamil di Indonesia adalah 9-12 kg selama kehamilan. Kenaikan berat badan selama kehamilan berperan penting dalam pertumbuhan janin dan berkontribusi pada status kesehatan anak setelah lahir hingga dewasa. Hasil penelitian Erowati (2019) ibu dengan kenaikan berat badan yang kurang selama kehamilan memiliki risiko terjadi stunting sebesar 2,15 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu dengan kenaikan berat badan normal. Pertambahan berat badan saat hamil merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status kelahiran bayi.

**Tabel 14.** Sebaran Ibu Berdasarkan Pertambahan Berat Badan, Konsumsi Tablet Besi dan Pemeriksaan Kehamilan.

<b>Pertambahan BB selama hamil</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<9 kg	136	50.4
≥9 kg	134	49.6
<b>Selama hamil rutin mengkonsumsi tablet besi (tambah darah) ≥ 3 bulan</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>
Ya	250	92.6
Tidak	20	7.4
<b>Pemeriksaan selama kehamilan</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>
<4 kali	38	14.1
≥4 kali	232	85.9



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

Sebagian besar Ibu mengkonsumsi rutin tablet pil besi selama hamil, dan hanya 7 persen yang tidak mengkonsumsi rutin tablet besi lebih dari 3 bulan, dengan alasan bosan, lupa dan sakit tekanan darah tinggi. Salah satu usaha pemerintah untuk mencegah anemia pada ibu hamil yaitu melalui program pemberian tablet besi. Berdasarkan hasil SSGI tahun 2021 sebanyak 90,4 persen ibu hamil di Indonesia dan 87,7 persen ibu hamil di Jawa Barat pernah menerima tablet besi. Hasil Wiradnyani (2014) menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan dalam mengkonsumsi tablet besi disebabkan karena lupa, suplai tablet besi, adanya efek samping dan manfaat yang dirasakan ibu, dukungan keluarga, dan pengetahuan ibu hamil mengenai tablet besi.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar Ibu melakukan pemeriksaan lebih dari 4 kali selama kehamilan (85,9%) dan sisanya (14,1%) melakukan pemeriksaan kurang dari 4 kali. Selama kehamilan pemeriksaan kehamilan sesuai standar adalah minimal 4x (1x pada trimester pertama, 1x pada trimester kedua dan 2x pada trimester ketiga). Data SSGI 2012 menunjukkan bahwa sebanyak 14,8 persen ibu hamil tidak difasilitasi layanan kesehatan saat bersalin. Hasil penelitian Fentiana et al (2022) ibu yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai standar mempunyai peluang 1,03 kali untuk memiliki anak stunting dibanding ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai standar. Hasil kajian ini menunjukkan bahwa masih ada ibu hamil yang melakukan pemeriksaan tidak ke tenaga kesehatan, tetapi ke dukun bayi. Menurut Syamsiah dan Pustikasari (2014), faktor yang mempengaruhi perilaku ibu hamil di Jawa Barat dalam pemeriksaan kesehatan adalah dukungan suami, dukungan tenaga kesehatan dan pengetahuan ibu terhadap pentingnya pemeriksaan selama kehamilan.

#### **4. Pengasuhan Anak**

##### **a. Riwayat Penyakit**

Sebagian besar anak yang stunting (84,5%) tidak memiliki riwayat penyakit diare. Walaupun demikian masih ditemukan sebanyak 15,5 persen yang memiliki riwayat diare. Hasil analisis menunjukkan 50 persen anak yang diare terjadi pada anak usia antara 7-12 bulan, 31 persen terjadi pada rentang usia 13-24 bulan, 17 persen terjadi pada usia 4-6 bulan dan sisanya diatas 24 bulan..



**Tabel 15.** Sebaran Bayi/Anak Berdasarkan Riwayat Penyakit

Memiliki riwayat penyakit Diare	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ya	42	15.5
Tidak	228	84.5
Memiliki riwayat penyakit (sesak nafas, flek, selalu demam, filek)	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ya	33	12.2
Tidak	237	87.8

Hasil menunjukkan sebagian besar anak tidak memiliki riwayat penyakit sesak nafas, flek (paru-paru), demam atau filek. Walaupun demikian masih ditemukan sebanyak 12,2 persen anak stunting memiliki riwayat penyakit tersebut. Jika dilihat berdasarkan usia, hasil analisis menunjukkan bahwa kejadian penyakit terbanyak pada rentang usia 7-12 bulan (42%) dan 0-6 bulan (33%). Anak yang mengalami diare dalam kurun waktu 24 bulan pertama kehidupan cenderung memiliki risiko lebih besar terjadinya stunting. Hasil penelitian Anshori (2013) dalam penelitiannya menyatakan bahwa anak dengan riwayat penyakit infeksi seperti ISPA berisiko untuk mengalami stunting dibandingkan dengan anak yang tidak memiliki riwayat penyakit infeksi. Penyakit infeksi dapat menurunkan intake makanan, mengganggu absorpsi zat gizi sehingga menyebabkan hilangnya zat gizi secara langsung dan meningkatkan kebutuhan metabolik. Kejadian diare juga dapat menyebabkan efek jangka panjang berupa defisit pertumbuhan tinggi badan.

#### **b. Pemberian ASI Eksklusif, Status Imunisasi dan Pemantauan Berat Badan**

Tabel 16 menunjukkan bahwa sebagian besar anak diberi ASI Eksklusif sampai usia 6 bulan (85,2%), imunisasi dasar lengkap (75,6%) dan hampir semua balita dipantau berat badannya ke posyandu (97,0%). Hasil SSGI tahun 2021, jumlah bayi/anak berusia 6-23 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif sebanyak 51,8 persen, dan bayi 0-5 bulan yang diberi ASI eksklusif adalah 51,2 persen. Dalam hal pemberian imunisasi dasar, menunjukkan angka 24,4 persen anak tidak diberi imunisasi lengkap. Kondisi yang sudah menunjukkan baik adalah hampir semua anak dipantau berat dan tinggi badan ke posyandu. Hasil wawancara lapangan bahwa keluarga yang tidak



melakukan pemantauan dikarenakan ibunya bekerja, lupa dan lahir di dukun bayi jadi tidak pernah ditimbang.

**Tabel 16.** Sebaran Ibu Berdasarkan Pemberian ASI Eksklusif, Kelengkapan Imunisasi dan Pemantauan Berat Badan

Pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ya	230	85.2
Tidak	40	14.8
Imunisasi dasar lengkap sesuai usianya	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ya	204	75.6
Tidak	66	24.4
Pemantauan BB ke Posyandu	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ya	262	97.0
Tidak	8	3.0

Hasil meta analisis Budiastutik dan Rahfiludin (2019) menyatakan pemberian ASI Eksklusif sangat erat dengan penurunan kejadian stunting pada anak. Oleh karena itu anak yang tidak mendapatkan ASI secara eksklusif akan berisiko mengalami stunting. ASI mengandung berbagai faktor pertahanan seperti laktoferin, lisozim dan imunoglobulin. Adanya zat kekebalan dalam ASI dapat menghindari bayi dari berbagai penyakit. Hasil kajian Herawati dan Dharmaputera (2021), faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif adalah ibu menikah usia anak, pada umumnya tidak mau memberikan ASI, budaya, ASI tidak keluar. Hasil penelitian Herawati et al (2018) di Jawa Barat menunjukkan sepertiga ibu dengan anak *stunting* sudah mulai memberikan makanan lumat/cair kepada anak sebelum usia 6 bulan.

Anak dengan status imunisasi belum tuntas lebih berisiko untuk mengalami stunting dibandingkan anak dengan status imunisasi lengkap. Vaksinasi berperan dalam menurunkan angka kematian anak dan anak yang mendapat vaksinasi memiliki risiko yang lebih rendah untuk mengalami stunting. Vaksinasi yang dilakukan tepat waktu dapat mengurangi kemungkinan stunting pada anak-anak, sementara vaksinasi yang tertunda dapat meningkatkan kemungkinan stunting (Fajariah et al 2020).



Anak yang kurang aktif datang ke posyandu berisiko 3,1 kali mengalami stunting dibandingkan anak yang aktif datang ke posyandu (Destiadi, 2015). Pemantauan pertumbuhan balita sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan pertumbuhan (*growth faltering*) secara dini. Anak umur 12-59 bulan memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan setiap bulan, minimal 8 x dalam setahun yang tercatat di KMS, atau buku pencatatan lainnya. Hasil wawancara di lapangan alasan tidak melakukan pemantauan ke posyandu karena melahirkan dengan bantuan dukun bayi, ibunya bekerja, jarak posyandu jauh.

### c. Masalah Makan dan Pengasuh Utama Anak

Hasil menunjukkan bahwa lebih dari setengah anak tidak mengalami kesulitan makan, tetapi cukup banyak juga anak stunting yang mengalami kesulitan makan, yaitu 34,8 persen. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa kekurangan gizi pada anak balita disebabkan karena anak mengalami sulit makan (Trihono, 2013; Aisyah, 2011). Nafsu makan pada anak balita memang sering berubah-ubah tergantung dari kondisi orang tua yang menyajikan makanan anak balita tersebut. Penelitian Herawati et al (2018) menunjukkan tiga dari lima Ibu dengan anak *stunting* membiarkan anak tidak menghabiskan makannya dan sepelemannya bersikap biasa saja dan membiarkan saat anak menolak/susah untuk makan. Hasil kajian menunjukkan bahwa 57 persen anak mengalami sulit makan pada rentang usia 7-12 bulan dan 30 persen pada rentang usia 13-24 bulan, sedangkan sisanya pada usia sebelum enam bulan (3%) dan setelah 24 bulan (2%). Rentang usia tersebut merupakan masa pertumbuhan emas yang sangat rawan terjadinya stunting. Oleh karena itu jika anak mengalami kesulitan makan dalam jangka waktu lama pada periode tersebut akan memiliki peluang besar terjadinya stunting. Kondisi tersebut juga yang menguatkan terjadinya stunting pada umumnya terjadi pasca melahirkan, terutama pada masa transisi dari pemberian ASI eksklusif ke pemberian makanan tambahan. Orang tua khususnya ibu sangat mempunyai peran penting dalam penyediaan makanan di lingkungan rumah. Modifikasi penyajian makanan perlu dimiliki oleh orang tua balita agar dapat terhindar atau meminimalkan terjadinya gizi buruk. Menurut penelitian Maharani (2009), modifikasi penyajian makanan yang baik berhubungan dengan perubahan nafsu makan anak balita yang cukup. Ada kaitan dengan peran ibu dalam mengatasi kesulitan makan pada balita. Sebagian besar anak yang stunting di asuh oleh Ibu kandungnya dan hampir 10 persen balita yang stunting di asuh oleh pihak lain, terutama nenek.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

**Tabel 17.** Sebaran Ibu Berdasarkan Kesulitan Makan dan Pengasuh Utama

Anak mengalami kesulitan makan	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ya	104	38.5
Tidak	166	61.5
Pengasuh utama	Jumlah (n)	Persentase (%)
Ayah kandung	2	0.7
Ibu kandung	242	89.6
Lainnya	26	9.6

## 5. Kondisi Lingkungan Rumah

### a. Atap, Dinding dan Jenis Lantai Rumah

Data menunjukkan bahwa pada penelitian ini persentase tertinggi keluarga memiliki atap rumah dengan genteng (74.1%) dan sebanyak 21.5 persen menggunakan asbes/seng. Menurut Darmiah et al (2015), penggunaan seng sebagai penutup atap tidak dianjurkan untuk bangunan utama, kecuali bangunan yang bersifat sederhana dan sementara. Hal ini disebabkan karena seng dapat menimbulkan suara yang gaduh serta tidak isolasi terhadap panas maupun dingin. Bagi masyarakat dengan tingkat ekonomi menengah kebawah, seng merupakan alternatif yang tepat untuk digunakan karena harga relatif murah dan terjangkau.



**Tabel 18.** Sebaran Keluarga Berdasarkan Kondisi Fisik Lingkungan Rumah

Atap rumah	Jumlah (n)	Persentase (%)
Asbes/Seng	58	21.5
Bambu	2	0.7
Beton	10	3.7
Genteng	200	74.1
Jenis Dinding	Jumlah (n)	Persentase (%)
Bambu	9	3.3
GRC	1	0.4
Kayu/papan	5	1.9
Tembok	255	94.4
Jenis Lantai Rumah	Jumlah (n)	Persentase (%)
Bambu	5	1.9
Kayu	2	0.7
Keramik/ubin	213	78.9
Semen	48	17.8
Tanah	2	0.7

Sebagian besar keluarga memiliki rumah dengan dinding tembok (94.4%). Walaupun demikian masih ditemukan jenis dinding lainnya seperti kayu/papan (1.9%) dan bambu (3.3 %). Menurut Pradita et al (2018), rumah yang sehat harus memiliki dinding rumah kedap air yang berfungsi untuk mendukung atau menyangga atap, menahan angin dan air hujan, melindungi dari panas dan debu dari luar serta menjaga kerahasiaan penghuninya. Jenis dinding yang sebaiknya digunakan untuk rumah yaitu yang permanen dan kedap terhadap air yakni yang terbuat dari tembok/ batu bara yang diplester.

Sebagian besar keluarga (78.9%) menempati rumah dengan lantai keramik/ubin. Jenis lantai lainnya yang dimiliki oleh sebagian kecil keluarga adalah semen (17.8%) dan bambu (1.9%). Sebanyak 0,7 persen keluarga memiliki rumah dengan jenis lantai tanah. Menurut Pradita et al (2018), jenis lantai yang memenuhi syarat kesehatan adalah yang kedap air dan mudah dibersihkan, seperti jenis lantai yang terbuat dari plester, ubin, semen, porselen atau keramik, sedangkan jenis lantai yang tidak memenuhi syarat kesehatan adalah tidak kedap air seperti jenis lantai tanah, papan,



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

dan lontar. Jenis lantai tidak kedap air merupakan salah satu faktor risiko kejadian TB paru karena bakteri penyebab TB dapat bertahan hidup di tempat yang lembab.

## b. Sumber Penerangan dan Air Minum

Berdasarkan sumber penerangan sebanyak 52.2 persen keluarga menggunakan listrik pribadi <900 Watt dan 28.1 persen menggunakan listrik lebih dari 900 Watt. Jenis penerangan lainnya adalah listrik Bersama (19.6%). Sumber air minum yang dimiliki keluarga cukup beragam. Persentase tertinggi sumber air minum yang dimiliki keluarga adalah air kemasan/isi ulang (41.5%). Sumber air minum lainnya adalah sumur terlindungi (26.7%), sumur bor (11.9%), ledeng/PAM (18.1%) dan sumber air minum lainnya (sumur tidak terlindungi, air permukaan dan air hujan). Permasalahan yang sering dijumpai pada penyediaan air bersih yaitu kualitas air yang digunakan masyarakat kurang memenuhi syarat sebagai air bersih dan sehat. Air bersih yang layak digunakan yaitu air yang memenuhi kualitas fisik, kimia, dan mikrobiologi. Hasil penelitian Fregonese *et al.*, (2016), menyatakan bahwa anak yang hidup di lingkungan terkontaminasi dengan sanitasi yang tidak layak memiliki risiko 40% mengalami stunting dan secara signifikan lebih tinggi dipedesaan dan pinggiran kota dibandingkan dengan yang tinggal di perkotaan. Menurut Rahayu dan Darmawan (2019) keluarga yang memiliki lingkungan yang tidak sehat, sumber air dan sanitasi yang buruk dapat menyebabkan terjadinya stunting. Menurut Kemenkes (2018), kurangnya kebersihan dari air yang digunakan dalam sehari-hari menyebabkan terjadinya penyakit infeksi seperti diare dan kecacingan, sehingga balita akan mengalami gangguan penyerapan nutrisi pada proses pencernaan yang mengakibatkan berat badan balita akan turun. Penyakit infeksi yang berlangsung dalam waktu lama dan sering akan menyebabkan stunting pada balita.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

**Tabel 19.** Sebaran Keluarga Berdasarkan Sumber Penerangan Utama dan Air Minum

Sumber penerangan utama	Jumlah (n)	Persentase (%)
Listrik bersama	53	19.6
Listrik pribadi < 900 watt	141	52.2
Listrik pribadi > 900 watt	76	28.1
Sumber Air Minum Utama	Jumlah (n)	Persentase (%)
Air kemasan/isi ulang	112	41.5
Ledeng/PAM	49	18.1
Sumur bersama	1	0.4
Sumur Bor	32	11.9
Sumur terlindung	72	26.7
Sumur tidak terlindungi	4	1.5

### c. Kepemilikan Fasilitas BAB dan Rumah

Keluarga memiliki fasilitas buang air besar (BAB) dengan septik tank (60.0%) sedangkan tanpa septic tank sebanyak 30.7 persen. Selain itu ditemukan sebanyak 9.3 persen yang tidak memiliki jamban sehingga menggunakan jamban umum. Menurut Wijayanti et al (2016). Rendahnya pendapatan, pendidikan, kepemilikan sarana jamban dan rendahnya dukungan tenaga kesehatan memiliki perilaku kurang baik dalam BAB. Berdasarkan data kepemilikan rumah dengan kategori milik sendiri mencapai setengahnya (53.7%), sebanyak 31.1 persen masih menumpang dan 15.2 persen kontrak/sewa rumah.

Jamban merupakan fasilitas pembuangan tinja sehingga penggunaan jamban tidak sehat dapat mencemari lingkungan seperti air bersih sehingga menjadi sumber infeksi seperti diare. Hasil penelitian Zahrawani et al (2022) menunjukkan bahwa anak yang menggunakan jamban sehat masih rendah dan anak yang stunting lebih banyak menggunakan jamban yang tidak sehat, sehingga ada hubungan yang signifikan antara jamban tidak sehat dengan kejadian stunting. Jamban yang digunakan masyarakat masih memberikan peluang adanya kontaminasi sumber air dari jamban warga yang dapat menimbulkan gangguan pencernaan seperti diare. Diare berulang pada anak dapat mengganggu penyerapan gizi untuk pertumbuhan sehingga menyebabkan stunting



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

**Tabel 20.** Sebaran Keluarga Berdasarkan Kepemilikan Fasilitas BAB dan Kepemilikan Rumah

<b>Memiliki fasilitas BAB</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>
Tidak (jamban umum atau bersama)	25	9.3
Ya, tanpa septic tank	83	30.7
Ya, dengan septic tank	162	60
<b>Kepemilikan rumah</b>	<b>Jumlah (n)</b>	<b>Persentase (%)</b>
Kontrak /sewa	41	15.2
Numpang	84	31.1
Milik sendiri	145	53.7



Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## **BAB VI**

# **FAKTOR PENYEBAB STUNTING DI PROVINSI JAWA BARAT**

### **A. Pendidikan Rendah**

Hasil kajian menunjukkan bahwa sebagian besar Ibu (70%) dan ayah (57%) memiliki pendidikan rendah, yaitu setara SD dan SMP. Rata-rata Lama sekolah (RLS) Jawa Barat pada tahun 2020 mencapai 8,55 tahun, berarti rata-rata penduduk di Jawa Barat menyelesaikan pendidikan sampai tamat kelas 2 SMP . Rata-rata lama sekolah terendah adalah Indramayu (6,30) dan tertinggi adalah Kota Depok (11,29 tahun). Senada dengan temuan Kajian Herawati dan Dharmaputera (2021), bahwa salah satu faktor penyebab stunting adalah rendahnya pendidikan ibu dan ayah. Dalam konsep UNICEF (2003) bahwa pendidikan merupakan faktor dasar terjadinya stunting. Rendahnya pendidikan Ibu akan berdampak pada kualitas pengasuhan yang rendah. Ibu menjadi pemegang kunci utama dalam pengasuhan, karena hasil kajian ini menunjukkan 89 persen pengasuh utama adalah Ibu. Rendahnya pendidikan ayah berdampak pada jenis pekerjaan yang dimiliki, dan sebagian besar pekerjaan ayah adalah sebagai buruh. Hasil kajian ini menunjukkan bahwa hampir semua ayah bekerja dan hampir semua ibu sebagai ibu rumah tangga. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa Ayah adalah sebagai pencari nafkah utama dalam keluarga dengan anak stunting.

### **B. Faktor Ekonomi**

Hasil kajian menunjukkan bahwa 55,6 persen keluarga dengan anak stunting berada dibawah garis kemiskinan atau terkategori miskin. Rata-rata pendapatan keluarga adalah 1,9 juta dengan dominan jenis pekerjaan yang dimiliki ayah adalah sebagai buruh. Selain digunakan untuk pemenuhan kebutuhan pokok, sebagian keluarga juga harus menyisihkan uangnya untuk bayar cicilan motor dan pulsa/kuota, sehingga alokasi uang semakin sedikit untuk pangan. Hasil temuan di lapangan, pada umumnya keluarga juga memiliki pengetahuan yang rendah dalam mengatur keuangan, kurang mampu menentukan skala prioritas kebutuhan, sehingga kebutuhan pangan untuk anak-anak kurang diprioritaskan. Adanya kebiasaan mengutamakan penampilan diri, invetasi rumah, jalan-jalan daripada memberikan investasi kepada anak. Kondisi tersebut terutama dilakukan juga oleh keluarga yang tidak miskin tetapi punya anak stunting. Kondisi ini juga sesuai temuan Herawati dan Dharmaputera (2021), dalam kajiannya bahwa penyebab stunting di Jawa Barat adalah kemiskinan. Tekanan ekonomi yang



menimpa keluarga menyebabkan daya beli menurun sehingga kualitas dan kuantitas pangan yang dikonsumsi menjadi rendah yang selanjutnya berdampak pada tidak terpenuhinya zat gizi.

### C. Pernikahan Anak

Kajian ini menemukan sebanyak 33,7 persen ibu yang anaknya stunting, menikah pada usia anak. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa anak yang stunting dilahirkan dari sepertiga ibu yang menikah usia anak. Hasil penelitian Herawati *et al* (2018) di Jawa Barat menunjukkan bahwa anak yang stunting lebih banyak dilahirkan dari Ibu dengan menikah anak dibandingkan anak yang tidak stunting. Demikian juga kajian Herawati dan Dharmaputera di Jawa Barat (2021) menyebutkan bahwa salah satu faktor penyebab stunting adalah pernikahan anak. Pada tahun 2019, jumlah pernikahan anak di Jawa Barat mencapai 21 499 kasus dan jumlah tersebut menurun pada tahun 2020 menjadi 9 821 kasus. Pernikahan anak dapat disebabkan karena budaya, faktor ekonomi dan hamil di luar nikah. Pernikahan anak rentan terjadinya stunting karena selain rawan melahirkan anak BBLR, pernikahan anak juga dihadapkan pada berbagai ketidaksiapan, baik secara fisik, finansial, mental yang berpengaruh terhadap kualitas anak yang dilahirkan. Hasil meta analisis Budiastuti dan Rahfiludin (2019) panjang badan lahir pada bayi jika kurang dari 48 cm akan berisiko mengalami stunting pada waktu yang akan datang.

### D. Panjang Badan Lahir Kurang (Kurang Dari 48 Cm)

Bayi yang stunting dalam kajian ini ditemukan memiliki panjang badan lahir kurang (kurang dari 48 cm). Hal ini menunjukkan bahwa kondisi anak ini sudah mengalami stunting sejak dilahirkan. Sebanyak 29,3 persen anak stunting memiliki panjang badan kurang dari 48 cm atau status stunting sejak lahir. Anak stunting sejak lahir mengindikasikan rendahnya perawatan selama kehamilan dan asupan gizi yang tidak terpenuhi dengan baik. Hasil penelitian Herawati (2003), bayi-bayi yang dilahirkan dengan intervensi biskusi gizi lengkap selama kehamilan memiliki kualitas bayi yang dilahirkan dengan baik dan pertumbuhan liner yang lebih baik, dibandingkan dengan ibu hamil yang diintervensi dengan biskusi gizi tidak lengkap. Hal ini menunjukkan bahwa pemenuhan gizi selama kehamilan sangat penting untuk kualitas bayi yang dilahirkan. Menurut Allen dan Gillespie (2001) asupan gizi yang kurang baik selama kehamilan akan mengakibatkan outcome kelahiran yang merugikan. Adanya retardasi pertumbuhan pada bayi yang dilahirkan disebabkan karena kekurangan satu atau beberapa zat gizi, seperti vitamin A, zat Besi, Iodium dan Zinc.



Hasil kajian ini menunjukkan bahwa sebanyak 50 persen ibu mengalami penambahan berat badan selama kehamilan kurang dari 9 kg dan 14 persen ibu hamil memeriksakan kehamilannya kurang dari 4 kali selama kehamilan. Kondisi tersebut yang memberi peluang lebih besar anak yang dilahirkan dengan panjang badan kurang dari 48 cm atau stunting. Hasil temuan di lapangan, masih ditemukan ibu hamil yang melahirkan di dukun bayi, sehingga pemeriksaan kehamilan juga sebagian dilakukan ke dukun bayi.

### **E. Jenis Kelamin Anak**

Sebanyak 53,7 persen anak yang stunting adalah berjenis kelamin laki-laki. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil meta analisis 16 studies dari 10 negara oleh Wamani *et al* (2007) bahwa kejadian stunting di beberapa studi lebih banyak pada anak laki-laki dibandingkan perempuan. Kondisi tersebut disebabkan banyaknya anak laki-laki yang dilahirkan dari keluarga dengan status ekonomi rendah. Selain itu juga hasil meta analisis di dua negara yaitu Kenya dan Sub Sahara Afrika menunjukkan adanya pola asuh yang bias gender yaitu perempuan mendapat posisi yang istimewa karena nilai perempuan dianggap lebih tinggi terutama pada keluarga petani dan keluarga dengan status sosial ekonomi yang rendah. Kondisi tersebut berdampak pada pola asuh makan yang diberikan, dimana perempuan memiliki pola asuh makan yang baik sehingga anak perempuan memiliki status gizi yang lebih baik dibandingkan anak laki-laki. Studi epidemiologi beberapa negara secara konsisten menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih rentan terhadap stunting karena pada awal-awal kehidupan anak laki-laki memiliki tingkat morbiditas (tingkat kesakitan) lebih tinggi daripada perempuan.

### **F. Usia Ibu Saat Hamil Terlalu Tua**

Sebanyak 26 persen anak dilahirkan dari ibu berusia lebih dari 35 tahun saat hamil. Kondisi menunjukkan bahwa usia ibu terlalu tua untuk kehamilannya sehingga berisiko stunting. Ibu yang berusia lebih dari 35 tahun saat hamil lebih banyak dibandingkan ibu yang berusia dibawah 20 tahun (4,1%). Menurut penelitian Darteh *et al* (2014) ibu yang berusia 35-44 tahun memiliki risiko lebih besar memiliki anak stunting dibandingkan ibu berusia dibawah 35 tahun. Jika usia ibu lebih muda atau lebih tua pada saat kehamilan (<20 tahun dan >35 tahun) maka akan lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Penelitian Herawati *et al* (2018); Adebayo *et al* (2010), menunjukkan adanya hubungan antara usia ibu dengan jumlah anak yang dilahirkan dan tingkat pendidikan. Semakin tinggi usia ibu maka jumlah anak semakin banyak, dan sebaliknya semakin tinggi usia ibu semakin rendah tingkat pendidikan.



Jumlah anggota yang banyak seringkali memiliki ketersediaan makanan yang terbatas sehingga asupan makanan per kapita menjadi rendah. Kondisi tersebut yang berdampak pada kondisi status gizi anggota keluarga.

### **G. Jarak Kehamilan Terlalu Dekat (< 2 Tahun)**

Hasil kajian menunjukkan 28,5 persen ibu melahirkan anak yang stunting ini berjarak dekat dengan anak sebelumnya (< 2 tahun). Menurut Chandra (2013), jarak kelahiran mempengaruhi pola asuh orangtua terhadap anaknya. Jarak kelahiran dekat membuat orangtua cenderung lebih kerepotan sehingga kurang optimal dalam merawat anak. Hal ini disebabkan karena anak yang lebih tua belum mandiri dan masih memerlukan perhatian yang sangat besar. Akibatnya asupan makanan anak kurang diperhatikan. Jarak kelahiran kurang dari dua tahun juga menyebabkan salah satu anak, biasanya yang lebih tua tidak mendapatkan ASI yang cukup karena ASI lebih diutamakan untuk adiknya. Akibat tidak memperoleh ASI dan kurangnya asupan makanan, anak akan menderita malnutrisi yang bisa menyebabkan stunting.

### **H. Ibu Hamil Kek dan Anemia**

Sebanyak 26,7 persen Ibu mengalami KEK dan Anemia (23,3%) selama kehamilan. Adanya kejadian KEK dan Anemia saat hamil menunjukkan risiko lebih besar terjadinya stunting pada anak yang dilahirkan. Kajian ini menunjukkan 29,3 persen anak dilahirkan dengan anjang badan rendah (< 48 cm) atau stunting sejak lahir. Bayi yang dilahirkan stunting peluang besar dilahirkan dari ibu yang anemia dan KEK. Pada umumnya penyebab anemia pada ibu hamil adalah kurangnya gizi, kurangnya zat besi dalam makanan yang dikonsumsi, penyerapan yang kurang baik dan penyakit-penyakit kronik (seperti TBC, paru-paru, cacing usus, dan malaria). Anemia pada ibu hamil dihubungkan dengan meningkatkannya kelahiran anjang, kematian ibu dan anak dan penyakit infeksi. Anemia dapat mempengaruhi pertumbuhan dan berkembang janin/bayi saat kehamilan maupun setelahnya. KEK pada ibu hamil perlu diwaspadai kemungkinan ibu melahirkan bayi berat lahir rendah, pertumbuhan dan perkembangan otak janin terhambat sehingga mempengaruhi kecerdasan anak dikemudian hari dan kemungkinan anjang lahir juga tidak normal. Hasil penelitian Sumarno (2005) bahwa KEK pada Ibu Hamil di Jawa Barat disebabkan karena Ibu mengalami sakit, anemi dan kekurangan gizi sebelum hamil. Ibu yang mengalami sakit lebih dari 2 minggu selama hamil akan memiliki peluang 1,66 kali terjadinya KEK dibandingkan ibu yang tidak pernah sakit; Ibu yang mengalami anemi memiliki peluang 1,28 kali terjadi KEK selama hamil dibandingkan Ibu yang tidak anemi; dan Ibu yang kekurangan gizi (kurus) sebelum hamil akan memiliki risiko



Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

KEK 2,56 kali dibandingkan yang tidak kurus. Berdasarkan hal tersebut maka perbaikan gizi selama remaja atau sebelum menikah akan membantu mengurangi risiko KEK pada saat hamil. Kekurangan gizi saat hamil disebabkan karena pola konsumsi yang buruk karena kurangnya akses untuk memperoleh makanan yang bergizi, rendahnya asupan vitamin dan mineral selama hamil.

## I. Imunisasi Tidak Lengkap

Sebanyak 24,4 persen anak tidak diimunisasi lengkap. Menurut Fajariah et al (2020), anak dengan status imunisasi belum tuntas 1,78 kali lebih berisiko untuk mengalami stunting dibandingkan anak dengan status imunisasi lengkap. Vaksinasi berperan dalam menurunkan angka kematian anak dan anak yang mendapat vaksinasi memiliki risiko yang lebih rendah untuk mengalami stunting. Vaksinasi yang dilakukan tepat waktu dapat mengurangi kemungkinan stunting pada anak-anak, sementara vaksinasi yang tertunda dapat meningkatkan kemungkinan stunting.

## J. Anak Sulit Makan

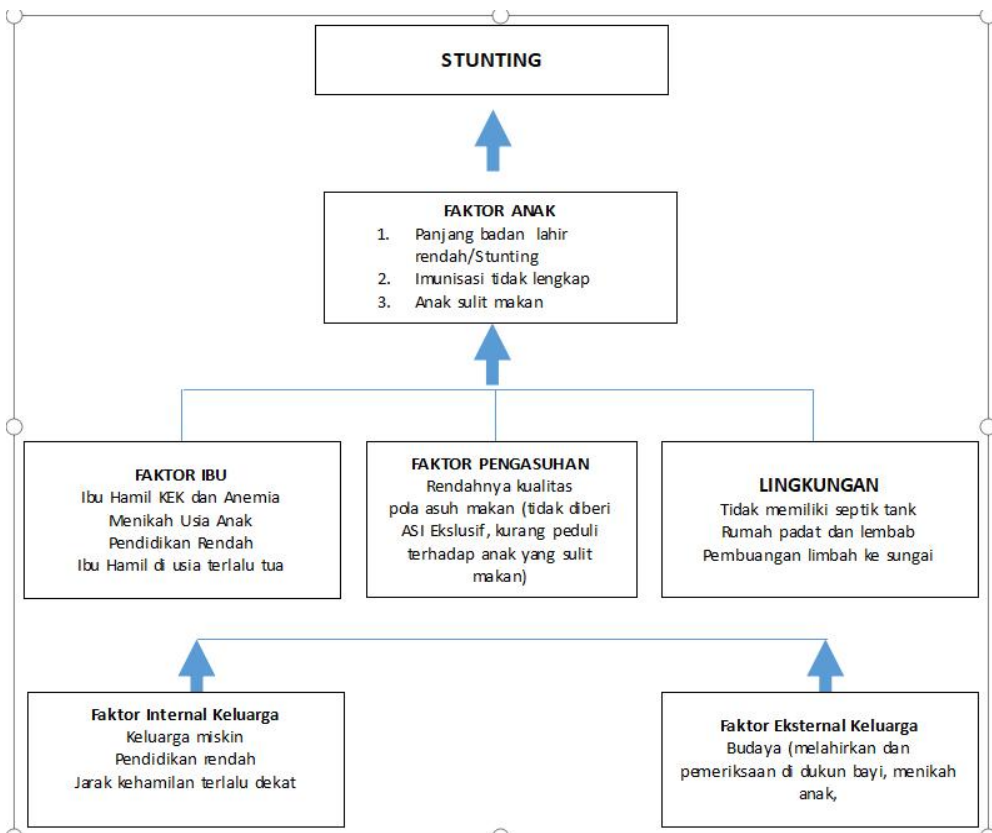
Hasil kajian menunjukkan sebanyak 38,5 persen anak mengalami kesulitan makan. Hal ini ada keterkaitan peran ibu dalam memberikan pola asuh makan. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa kekurangan gizi pada anak balita disebabkan karena anak mengalami sulit makan. Dari sejumlah anak yang mengalami kesulitan makan terdapat 57 persen anak mengalami sulit makan pada rentang usia 7-12 bulan dan 30 persen pada rentang usia 13-24 bulan, sedangkan sisanya pada usia sebelum enam bulan (3%) dan setelah 24 bulan (2%). Kesulitan makan pada rentang tersebut akan berpeluang besar anak kekurangan gizi yang akan mengganggu pertumbuhan anak di masa emas sehingga berisiko terjadinya stunting. Oleh karena itu jika anak mengalami kesulitan makan dalam jangka waktu lama pada periode tersebut akan memiliki peluang besar terjadinya stunting. Kondisi tersebut juga yang menguatkan terjadinya stunting pada umumnya terjadi pasca melahirkan, terutama pada masa transisi dari pemberian ASI eksklusif ke pemberian makanan tambahan. Orang tua khususnya ibu sangat mempunyai peran penting dalam penyediaan makanan di lingkungan rumah. Jika mengacu pada anjangan stunting, maka anjangan besar anak dilahirkan dengan anjangan badan normal, tetapi setelah berusia lebih dari 6 bulan anak mengalami kesulitan makan yang berdampak pada terjadinya stunting.



Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## K. Tidak Memiliki Septic Tank

Data kajian menunjukkan sebanyak 30 persen keluarga memiliki jamban tetapi tidak memiliki septic tank. Keluarga yang tidak memiliki septic tank maka keluarga tidak memiliki tempat yang layak pembuangan limbah tinja sehingga mengakibatkan pencemaran lingkungan. Pada umumnya keluarga membuang limbah tinja ke sungai yang ada di sekitar lingkungan rumah. Kondisi tersebut akan memicu penyakit infeksi yang menghambat penyerapan zat gizi dalam tubuh sehingga dapat menghambat pertumbuhan anak dan berisiko stunting. Hasil pengamatan di lapangan, selain pembuangan limbah ke sungai, pada umumnya posisi rumah sangat padat, sehingga sinar matahari kurang dan kondisi rumah lembab. Beberapa kasus stunting yang di perkotaan, pada umumnya rumah padat dekat dengan pasar atau pertokoan sehingga dekat juga dengan lokasi pembuangan limbah pasar.



**Gambar 6.** Penyebab stunting di Provinsi Jawa Barat



## **BAB VII REKOMENDASI**

Berdasarkan hasil kajian maka strategi yang perlu dilakukan untuk pencegahan dan penanganan stunting di Jawa Barat adalah :

- A. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) berkesinambungan terutama pada anak stunting usia 6-24 bulan dari keluarga miskin, Ibu Hamil KEK atau Anemia yang berasal dari keluarga miskin. PMT yang diberikan lebih beragam dan memanfaatkan potensi pangan lokal. Pemberian PMT bisa diintegrasikan dengan pelatihan pangan lokal dan pemberdayaan ekonomi untuk mewujudkan kemandirian keluarga.
- B. Pemberdayaan ekonomi keluarga terutama untuk keluarga miskin, melalui pelatihan kewirausahaan, bantuan atau pinjaman modal, pembinaan UMKM lokal, dan pengembangan wisata berbasis lokal. Bantuan sosial berupa BLT atau bantuan Non Tunai dapat diintegrasikan dengan program percepatan penurunan stunting dengan sasaran keluarga miskin dengan anak stunting.
- C. Peningkatan keterampilan kerja untuk keluarga, mengingat sebagian besar pendidikan rendah dan keluarga miskin. Adanya keterampilan kerja diharapkan keluarga memiliki pekerjaan yang lebih stabil.
- D. Peningkatan kapasitas keluarga dalam menjalani kehidupan keluarga, melalui edukasi keluarga terutama keluarga dengan anak usia 1000 HPK atau anak usia balita. Peningkatan kapasitas keluarga yang diperlukan adalah :
- E. Pengasuhan sangat diperlukan mengingat sebagian besar ibu sebagai pengasuh anak memiliki pendidikan rendah sehingga kualitas pengasuhan masih kurang optimal
- F. Mengolah pangan lokal bergizi untuk bayi/anak dengan penyajian yang menarik sehingga makanan yang diberikan lebih beragam, sehingga anak tidak bosan dan sulit makan
- G. Manajemen keuangan keluarga sehingga keluarga lebih terampil mengatur keuangan mengingat ditemukannya keluarga miskin yang cukup banyak. Keluarga juga harus mampu membedakan kebutuhan dan keinginan sehingga dapat terhindari dari jeratan para rentenir
- H. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Adanya jamban tanpa septik tank yang membutuhkan pengelolaan yang lebih baik karena limbah/kotoran akan mengalir ke sungai atau selokan-sekolan yang ada di sekitar rumah. Selain itu juga di wilayah perkotaan dengan kondisi rumah padat di gang sempit serta pembuangan limbah pasar yang belum terkelola dengan baik sehingga akan mempengaruhi rendahnya kualitas kesehatan lingkungan



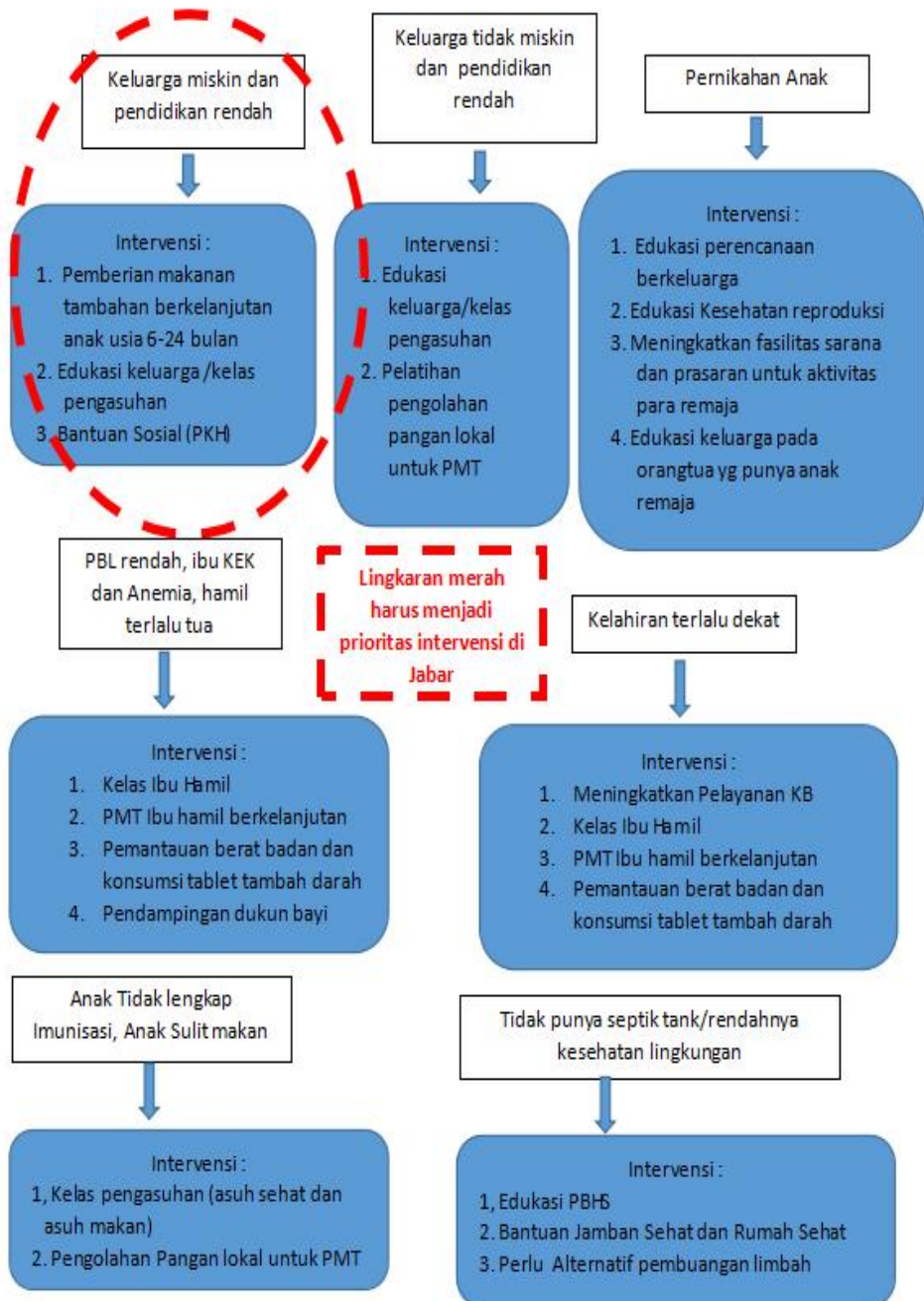
**bkkbn**

**Direktorat Analisis Dampak Kependudukan**

- I. Program Edukasi Remaja atau Edukasi Keluarga yang memiliki anak remaja, 30 persen anak stunting dilahirkan dari ibu yang menikah dengan usia anak. Edukasi yang diperlukan adalah :
- J. Perencanaan Berkeluarga
- K. Bahaya Menikah Anak
- L. Mengasuh anak remaja
- M. Program pendampingan dukun bayi, mengingat masih ditemukannya keluarga yang memanfaatkan layanan dukun bayi pada saat melahirkan dan pasca melahirkan.
- N. Program layanan KB dengan melibatkan tokoh masyarakat, tokoh agama mengingat masih adanya keluarga yang memiliki jarak kelahiran terlalu dekat, kehamilan dengan usia ibu terlalu tua dan anak lebih dari 4 orang.
- O. Peningkatan dukungan tenaga kesehatan dan anggota keluarga terutama suami untuk meningkatkan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah, pemeriksaan selama kehamilan serta pemantauan pertambahan berat badan.



Berdasarkan hal tersebut maka rekomendasi dapat digambarkan sebagai berikut :





**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

Hasil kajian Herawati dan Dharmaputera (2021) di Jawa Barat terdapat 11 rekomendasi yang diperlukan adalah :

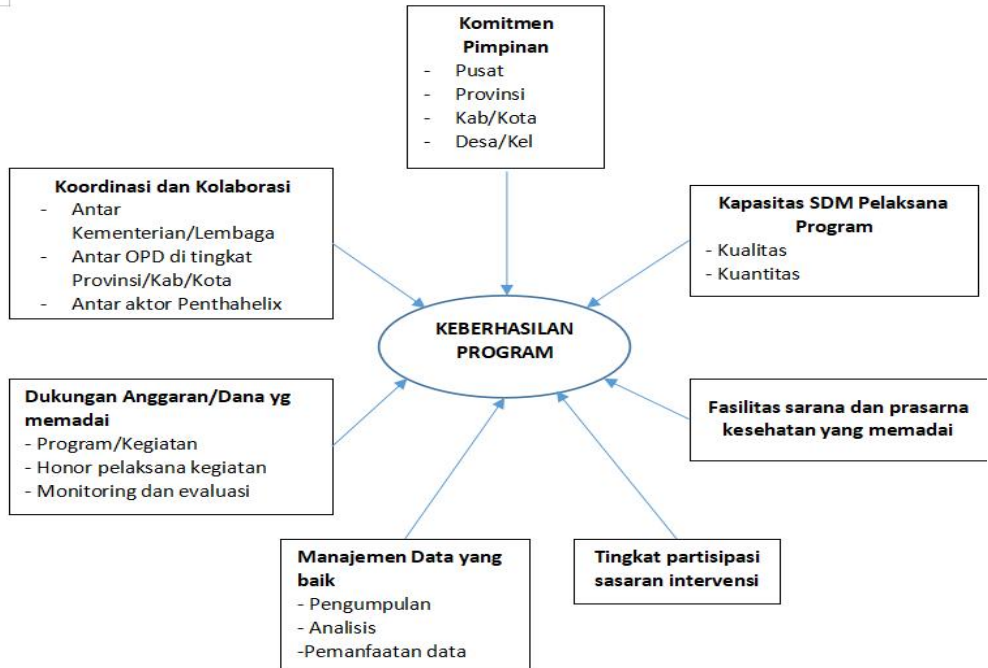
- A. Penguatan kolaborasi dalam pelaksanaan program dengan meningkatkan peran-peran dalam unsur *pentahelix* (Akademisi, Dunia Usaha, Masyarakat, Pemerintah dan Media).
- B. Penguatan koordinasi dan sinergi antar OPD (Tim Konvergensi Stunting).
- C. Penguatan komitmen sampai tingkat desa.
- D. Penguatan kapasitas dan kuantitas SDM Pelaksana Program.
- E. Penguatan pemanfaatan SDM local dan potensi Lokal.
- F. Penguatan pemetaan lokasi stunting dan penyebabnya.
- G. Dukungan dana untuk monitoring dan evaluasi atau koordinasi perlu diperhatikan atau dianggarkan.
- H. Perluasan cakupan sasaran intervensi (remaja atau usia pernikahan, pengasuh pengganti, tokoh masyarakat, tokoh agama).
- I. Penguatan akses sarana dan prasarana layanan kesehatan terutama di pedesaan.
- J. Penguatan strategi intervensi sensitive maupun spesifik melalui inovasi daerah dalam pencegahan dan penanganan stunting.
- K. Penguatan manajemen data mulai dari pengumpulan, analisis, dan pemanfaatan data/informasi.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

Berdasarkan strategi tersebut maka dapat digambarkan bahwa keberhasilan program penanganan dan pencegahan stunting dipengaruhi faktor yang digambarkan berikut (Herawati & Dharmaputra, 2021):



**Gambar 7.** Faktor Pendukung Keberhasilan Program

**PERAN AKTOR PENTAHELIX DALAM PENGENTASAN DAN PENCEGAHAN STUNTING**

**Knowledge power** : menghasilkan inovasi dan ilmu pengetahuan untuk pengentasan dan pencegahan stunting

**Social power** : Ujung tombak yang mampu menggerakkan atau mengumpulkan orang yang minat sama untuk akselerasi pencapaian tujuan → akseslelator

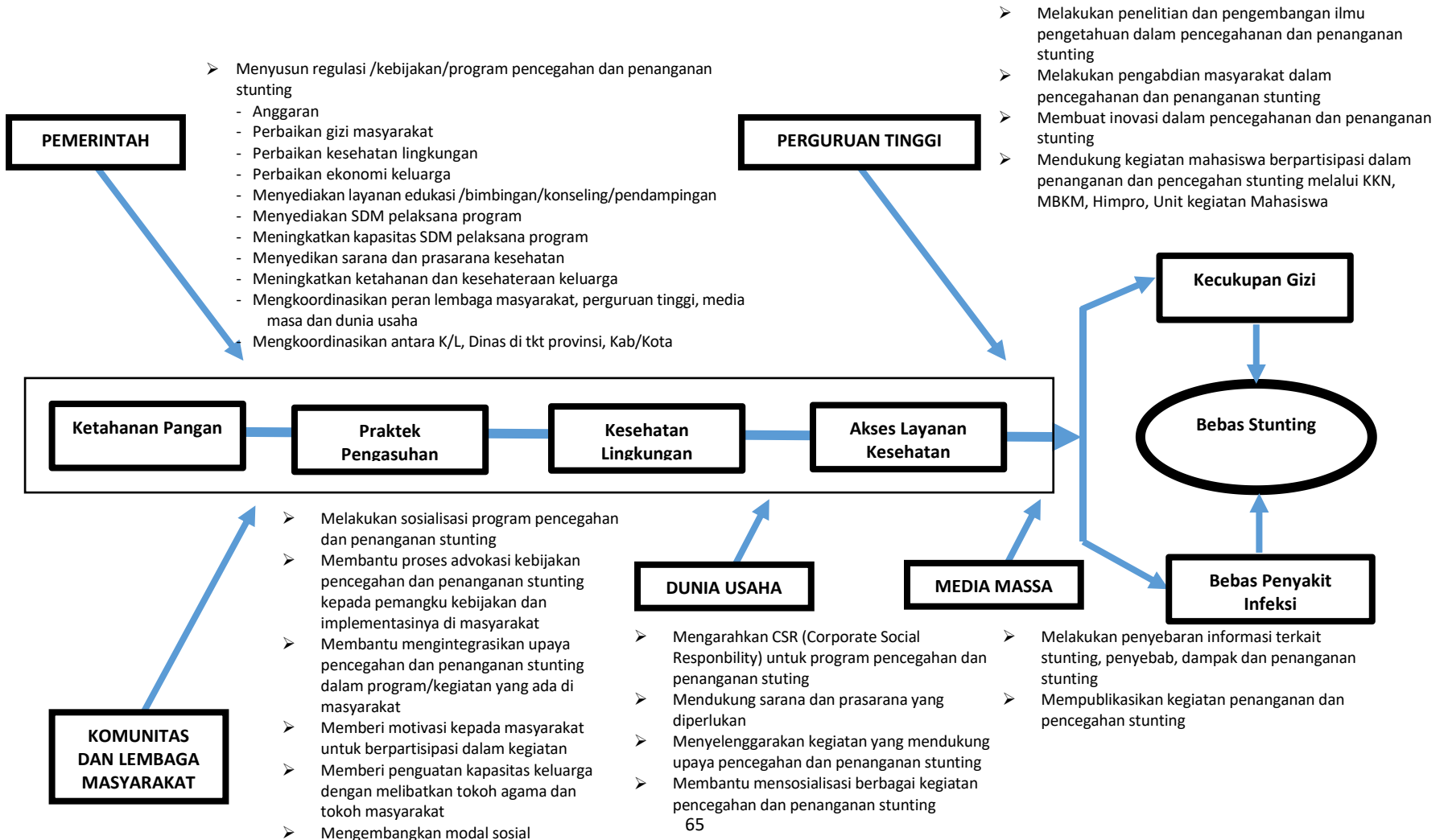
**Conection power** → menyampaikan informasi kepada masyarakat, menjadikan informasi terkoneksi kepada masyarakat dengan cepat



Membantu mendorong pencapaian tujuan atau memberi nilai tambah terhadap program/kegiatan

**Political power** (merumuskan kebijakan → Regulator

**Gambar 8.** Peran Aktor Pentahelix Pencegahan dan Penanganan Stunting (Herawati & Dharmaputra 2021)





**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

## DAFTAR PUSTAKA

1. Abuya, B. A., Ciera, J., & Kimani-Murage, E. (2012). Effect of mother's education on child's nutritional status in the slums of Nairobi. *BMC Pediatrics*, 80. Diambil dari : <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-12-80>
2. Agho, K. E., Inder, K. J., Bowe, S. J., Jacobs, J. & Dibley, M. J. (2009). Prevalence and risk factors for stunting and severe stunting among under-fives in North Maluku province of Indonesia. 10, 1–10 .
3. Agustawati IPR, Pitoyo J. 2020. Hubungan Frekuensi Kunjungan ke Posyandu dengan Status Gizi Balita di Posyandu. *PROFESIONAL HEALTH JOURNAL* Volume 2, No. 1, Desember 2020 (Hal. 9-16) <https://www.ojsstikesbanyuwangi.com/index.php/PH>
4. Agustina,R., Rahman,N., & Hermiyanty. (2018). Faktor Risiko Kejadian Dtunting pada Balita Usia 12-59 Bulan di Wilayah Tambang Poboya, Kota Palu. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*, 2(2) : 59-62.
5. Al-Anshori, H. & Nuryanto, N. Faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 12-24 bulan (studi di Kecamatan Semarang Timur). *J. Nutr. Coll*, 2, 675–681.
6. Alfari, R., Nurmalasari, Y., & Nabilla, S. (2019). Status gizi ibu hamil dapat menyebabkan kejadian stunting pada balita. *Jurnal Kebidanan*, 5(3), 271-278.
7. Almatsier, & Sunita. (2005). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta(ID): Gramedia Pustaka Utama
8. Ando, N.M., 2012. Durasi dan Frekuensi Sakit Balita Dengan Terjadinya Stunting Pada Anak SD Di Kecamatan Malalayang Kota Manado. *Jurnal GIZIDO*, 4(1), pp.338-348
9. Angkat, A. H (2018). Penyakit infeksi dan praktek pemberian MP-ASI terhadap kejadian stunting pada anak usa 12-36 bulan di Kecamatan Simpang Kiri Kota Subulussalam. *Jurnal Dunia Gizi*, 1(1), 52-58.ISSN: 2614-6479.
10. Aridyah. (2015) . Faktor –Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan . e-Jurnal Pustaka Kesehatan.
11. Arifeen ,S. E, Black, R. E, Caulfield, L. E., Antelman, G., Baqui, A. H., Nahar, Q., et al. (2004). Infant growth patterns in the slum Dhaka in relation to birth weight intrauterine growth retardation and prematurity. *American Journal Clinical Nutrition*, 72(4): 1010-7.
12. Arisman. (2010). *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Penerbit Buku kedokteran EGC. Jakarta
13. Augustine, Jennifer, M., Prickett, K. C., Kendig, S. M., & Crosnoe R. (2015). Maternal education and the link between birth timing and children's school readiness. *Journal of Social Science Quarterly*, 10, 970-984. doi: 10.1111/ssqu.12150.
14. Ayuningtyas, Simbolon, D., & Rizal, A. (2018). Asupan zatt gizi makro dan mikro terhadap kejadian stunting pada balita. *Jurnal Kesehatanm*, 9(3), 444-449. ISSN 2548-5695.
15. Blair, P. et al. (2018). Socio-demographic correlates of stunting among children. 5, 4231–4236.
16. Budiastutik, I., & Rahfiludin,M.Z. (2019). Faktor risiko stunting pada anak di negara berkembang. *Amerita Nurt*, 3(3), 122-129. DOI: 10.2473/amnt.v3i3.2019.122-129
17. Chandra, A. (2013). Hubungan underlying factor dengan kejadian stunting pada anak 1-2 tahun. *Diponegoro Journal of Nutrition and Health*, 1(1), Diambil dari : <https://www.neliti.com/publications/89913/hubungan-underlying-factors-dengan-kejadian-stunting-pada-anak-1-2-th>
18. Checkley, W., Bukley, G., Gilman, R.H., Assis, A.M.O., Guerrant, R.L., Morris, S.S., Melbak, K., Valentiner-Branth, P., Lanata, C.F., Black, R.E. (2008). Multi-country analysis of The effects of diarrhoea on childhood stunting. *International Journal of Epidemiology*, 37, 816-830.
19. Chirande, L., et al. (2015). Determinants of stunting and severe stunting among under-fives in Tanzania : evidence from the 2010 cross-sectional household survey. *BMC Pediatrics*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0482-9>
20. Choirah,Z.M.,Windari,E.N & Proborini,A. (2020). Hubungan antara Frekuensi dan Durasi Diare dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-36 Bulan di Desa Kedungrejo Kecamatan Pakis.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

- Journal of Issues in Midwifery, 4(3): 131-141. DOI: <https://doi.org/10.21776/ub.JOIM.2020.004.03.4>
21. Dewi Sri Sumardilah, Antun Rahmadi. 2019. Risiko Stunting Anak Baduta (7-24 bulan). *Jurnal Kesehatan Volume 10*, Nomor 1, April 2019 ISSN 2086-7751 (Print), ISSN 2548-5695 (Online) <http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK> 93.
  22. Demirchyan, A., Petrosyan, V., Sargsyan, V., & Hekimian, K. (2016). Predictors of Stunting Among Children Ages 0 to 59 Months in a Rural Region of Armenia. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 62(1), 150–156. doi:10.1097/mpg.0000000000000901
  23. Destiadi A, Nindya T. S, Sumarmi S. (2015). Frekuensi kunjungan posyandu dan riwayat kenaikan berat badan sebagai faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 3 – 5 tahun. *Media Gizi Indonesia*, 10(1), 71–75.
  24. Dewangi, M., Hastuti, D., & Hernawati, N. (2012). Pengasuhan Orang Tua dan kemandirian Anak Usia 3-5 Tahun berdasarkan Gender di Kmapung Adat Urug. *Jurnal Ilmu Keluarga dan Konsumen*, 5(1), 19-28. <https://doi.org/10.24156/jikk.2012.5.1.19>
  25. Engle PL, Menon P, Haddad L. (1997). Care and nutrition; concept and measurement. Washington D.C (US). International Food Policy Research Institute (IFPRI).
  26. Engle, P. L., Menon, P., & Haddad, L. (1997). Care and Nutrition: Concepts and Measurement. IFPRI, Washington DC.
  27. Erowati, D. (2019). Kenaikan Berat Badan Selama Kehamilan Sebagai Faktor risiko Kejadian Stunting Pada Anak Usia 12-24 Bulan. INA-Riva. Diperoleh dari: <https://osf.io/preprints/inarxiv/t4b26/>.
  28. Fajariyah, R., & Hidajah, A. (2020). Correlation between immunization status and mother's height, and stunting in children 2–5 years in indonesia. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 8(1), 89-96.
  29. Fall, C. H. D., Sachdev, H. S., Osmond, C., Restrepo-Mendez, M. C., Victoria, C., Martorell, R., Stein, A. D., Sinha, S., Tandon, N., Adair, L., Bas, I., Norris, S., Richter, L.M. (2015). Association between maternal age at childbirth and child and adult outcomes in the offspring: a prospective study in five low-income and middle-income countries (COHORTS collaboration). *Lancet Glob Health*, 3(7), 341-422. doi: [10.1016/S2214-109X\(15\)00038-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00038-8)
  30. Fikawati, S. (2017). Gizi Anak dan Remaja. Depok: Rajawali Pers Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta(ID): Kementerian Kesehatan Indonesia
  31. Fitriahadi, E. (2018). Hubungan tinggi badan ibu dengan kejadian stunting pada balita usia 24 - 59 bulan. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan Aisyiyah*, 14(1): 15-24.
  32. Fregonese, F., Siekmans, K., Kouanda, S., Druetz, T., Ly, A., Diabaté, S., & Haddad, S. (2017). Impact Of Contaminated Household Environment On Stunting In Children Aged 12 – 59 Months In Burkina Faso. 356–363. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207423>
  33. Grantham-McGregor, S. M., Walker, S. P., Himes, J. H. & Powell, C. A. (1996). Stunting and mental development in children. *Nutr. Res*, 16, 1821– 1828.
  34. Hasanah, S., Handayani, S., & Wilti, I. R. (2021). Hubungan Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Stunting pada Balita di Indonesia (Studi Literatur). *Jurnal Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Lingkungan*, 2(2): 83-94.
  35. Hastuty, M. (2020). Hubungan anemia ibu hamil dengan kejadian stunting pada balita di UPTD Puskesmas Kampar Tahun 2018. *Jurnal Dopple*, 4(2), 112-116.
  36. Herawati T & Dharmaputra G. 2021. Laporan Staf Ahil Menteri “Pembangunan Keluarga dan Pencegahan Stunting. Kemenko PMK: Jakarta.
  37. Herawati, T., Nurdiana, R., & Rizkillah, R. (2018). Studi Karakteristik Keluarga, Pola Asuh, dan Ketahanan Keluarga terhadap Kejadian Stunting. Bogor (ID): LPPM IPB
  38. Husna, M. (2017). Hubungan Tinggi Badan Ibu dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 24- 59 Bulan di Wilayah Puskesmas Minggir, Kabupaten Sleman, Yogyakarta, Tahun 2016. [skripsi]. Yogyakarta (ID) : Politeknik Kesehatan Yogyakarta



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

39. I Putu Raditya Agustiawan, & Pitoyo, J. (2020). Hubungan Frekuensi Kunjungan ke Posyandu dengan Status Gizi Balita. *Professional Health Journal*, 2(1), 9-16. <https://doi.org/10.54832/phj.v2i1.114>
40. Irayani, F. (2016). Analisis Hubungan Anemia pada Kehamilan dengan Kejadian Abortus di RSUD Demang Sepulau Raya Kabupaten Lampung Tengah. *Jurnal Kesehatan*, 6(2).
41. Karundeng, L. R., A. Y. Ismanto, & R. Kundre. (2015). Hubungan jarak kelahiran dan jumlah anak dengan status gizi balita di Puskesmas Kao Kecamatan Kao Kabupaten Halmahera Utara. *eJournal Keperawatan (e-Kep)*, 3(1).
42. Kitano N, Nomura K, Kido M, Murakami K, Ohkubo T et al. (2016). Combined Effects of Maternal Age and Parity on Successful Initiation of Exclusive Breastfeeding. *Journal of Preventive Medicine Reports*. 3(2016). 121-126.
43. Kumar et al (2006) menemukan bahwa praktek pemberian makan yang baik dalam jangka panjang akan memperbaiki status gizi anak.
44. Kusuma, K. E. dan Nuryanto. (2013). Faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 2-3 tahun (Studi di Kecamatan Semarang Timur). *Journal of Nutrition College*, 2(4): 523-530.
45. [Kemenkes] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016. Jakarta(ID): Kemenkes.
46. [Kemenkes] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018. Jakarta(ID): Kemenkes.
47. [Kemenkes] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Penurunan Prevalensi Stunting tahun 2021 sebagai Modal Menuju Generasi Emas Indonesia 2045 . [sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20211227/4339063/penurunan-prevalensi-stunting-tahun-2021-sebagai-modal-menuju-generasi-emas-indonesia-2045](https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20211227/4339063/penurunan-prevalensi-stunting-tahun-2021-sebagai-modal-menuju-generasi-emas-indonesia-2045)
48. [Kemenkes]. 2021. Penurunan Prevalensi Stunting tahun 2021 sebagai Modal Menuju Generasi Emas Indonesia 2045
49. [Kemenkes]. 2018. Stunting Ancam Bonus Demografi - Direktorat P2PTM ([kemkes.go.id](https://kemkes.go.id))
50. [Kemenkes RI]. 2018. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan: Situasi Balita Pendek di Indonesia. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI: Jakarta.
51. Lestari, W., Margawati, A., & Rahfiludin, Z, (2014), Faktor risiko stunting pada anak umur 6-24 bulan di kecamatan Penanggalan Kota Subulussalam Provinsi Aceh. *Jurnal Gizi Indonesia (The Indonesian Journal of Nutrition)*, 3(1), 37-45.
52. Ni'mah, C., & Muniroh, L. (2015). Hubungan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan dan Pola Asuh Ibu dengan Wasting dan Stunting pada Balita Keluarga Miskin. *Media Gizi Indonesia*, 10(1), 7.
53. Nina Fentiana, Formaida Tambunan, Daniel Ginting. 2013. Pemeriksaan Kehamilan Dan Konsumsi Tablet Tambah Darah Ibu Hamil Di Indonesia: Analisis Data Riskesdas 2013. 7633 *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI) Volume 7, Number 2, Juli-Desember 2022. P- ISSN: 2527-5798, E-ISSN: 2580-7633*
54. Oktarina, Z & Sudiarti, T. (2013). Faktor risiko stunting pada balita (24—59 bulan) di sumatera. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 8(3): 175—180.
55. Padmadas, S. S., Hutter, I., & Willekens, F. (2002). Weaning initiation patterns and subsequent linear growth progression among children aged 2-4 years in India. *Int J Epidemiol*, 31(4), 855-863. doi: 10.1093/ije/31.4.855.
56. Paramashanti, B, A., Hadi, H., & Gunawan, I, M, A, (2016), Pemberian ASI eksklusif tidak berhubungan dengan stunting pada anak usia 6—23 bulan di Indonesia. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*, 3(3), 162-174.
57. Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A. O. & Rahman, F. (2015). Riwayat Berat Badan Lahir dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia Bawah Dua Tahun. *Kesmas Natl. Public Heal. J*, 10, 67.



**bkkbn**

Direktorat Analisis Dampak Kependudukan

58. Rahmawati, N. F., Fajar, N. A., & Idris, H. (2020). Faktor sosial, ekonomi, dan pemanfaatan posyandu dengan kejadian stunting balita keluarga miskin penerima PKH di Palembang. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 17(1), 23-33.
59. Rahmayana, R., Ibrahim, I., A., Damayanti, D. S. (2014). Hubungan pola asuh ibu dengan kejadian stunting anak usia 24-59 bulan di posyandu asoka ii wilayah pesisir kelurahan barombong kecamatan tamalate kota makassar tahun 2014. *Al-Sihah The Public Health Science Journal*, 6(2), 424-436. DOI: <https://doi.org/10.24252/as.v6i2.1965>
60. Ramadhani FD , Sulastri DD , Yetti H. 2019. Pencegahan Stunting melalui Faktor Risiko Anak selama 1000 Hari Pertama Kehidupan. *Jurnal Kesehatan – Volume 10 Nomor 3 (2019) 204–209*.
61. Ramli, Agho, K. E., Inder, K. J., Bowe, S. J. Jacobs, J. & Dibley, M. J. (2009). Prevalence and risk factors for stunting and severe stunting among under-five children in North Maluku.
62. Sani, et al. (2019). Hubungan usia ibu saat hamil dengan stunting pada balita 24 – 29 bulan. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 13(4), 284 - 291
63. Seotjingsih. (2015). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta (ID): EGC
64. Setiawan, E., Machmud, R., Masrul, M. (2018). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur, Kota Padang Tahun 2018. *Jurnal Kesejahteraan Andalas*, 7(2), 275-284. DOI: [10.25077/jka.v7.i2.p275-284.2018](https://doi.org/10.25077/jka.v7.i2.p275-284.2018)
65. Sutarto , Diana Mayasari , Reni Indriyani. 2018. Stunting, Faktor risiko dan Pencegahannya. *J Agromedicine | Volume 5 | Nomor 1 | Juni 2018 |*
66. Singh, L., Rai, R. K., & Singh P. K. (2012). Assessing the utilization of maternal and child health care: among married adolescent women: evidence from India. *Journal of Biosocial Science*, 44, 1-26.
67. Soekirman. (2005). *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Jakarta (D). Penerbit Gramedia Pustaka Utama.
68. Solin AR, Hasanah O, Nurchayati S. Hubungan (2019). Kejadian Penyakit Infeksi Terhadap Kejadian Stunting pada Balita 1-4 Tahun. *JOM FKp*, 6(1), 65–71.
69. Stewart, C. P., Ianotti, L., Dewey, K. G., Michaelsen, K. F., Onyango, A. W. (2013). Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal Child Nutrition*, 9(2), 27-45. doi: 10.1111/mcn.12088.
70. Supriasa, I. D. N., Bachyar, B., & Ibnu, F. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta (ID): EGC; 2002. hlm 18-20, 28, 71, 34-35, 94-96, 114, 177, 181, 187-188
71. [Sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20211227/4339063/penurunan-prevalensi-stunting-tahun-2021-sebagai-modal-menuju-generasi-emas-indonesia-2045](https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20211227/4339063/penurunan-prevalensi-stunting-tahun-2021-sebagai-modal-menuju-generasi-emas-indonesia-2045)
72. Teddy Firmanzah Zahrawani, Eka Nurhayati, Yanti Fadillah. 2022. Hubungan Kondisi Jamban dengan Kejadian Stunting di Puskesmas Cicalengka. *Jurnal Integrasi Kesehatan dan Sains (JKS)*. JKS. 2022;4(1):1–5
73. Torlesse, H., Cronin, A. A., Sebayang, S. K. & Nandy, R. (2016). 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*, 16, 1–11.
74. Trihono, T., Atmarita, A., Tjandrarini, D. H., Irawati, A., Nurlinawati, I., Utami, N. H., & Tejayanti, T. (2015). Pendek (stunting) di Indonesia, masalah dan solusinya. Jakarta.
75. Trihono, T., Atmarita, A., Tjandrarini, D. H., Irawati, A., Nurlinawati, I., Utami, N. H., & Tejayanti, T. (2015). Pendek (stunting) di Indonesia, masalah dan solusinya. Jakarta.
76. [UNICEF] United Nations Children's Emergency Fund. (2013). *Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global*.
77. [UNICEF]. (2013). *Improving Child Nutrition The achievable imperative for global progress*. Diambil dari: [http://www.unicef.org/media/files/nutrition\\_report\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/media/files/nutrition_report_2013.pdf).
78. Xiaoli W, Beng H, & Sufang G et al. (2009). Stunting and overweight in the WHO child growth standard: malnutrition among children in poor area in China. *Public Health Nutrition*, 12(11), 1991–1998.



**bkkbn**

**Direktorat Analisis Dampak Kependudukan**

79. Wiradnyani LAA, Khusun H, Achadi EL. Faktor faktor yang berhubungan dengan kepatuhan ibu mengonsumsi tablet besi-folat selama kehamilan. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 2013; 8(1): 63-70
80. [WHO] World Health Organization. (2012). *Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief*



[www.cegahstunting.id](http://www.cegahstunting.id)

bkkbn 