



VARIASI KEJADIAN STUNTING USIA 6 – 24 BULAN MENURUT KARAKTERISTIK KELUARGA, ORANG TUA, DAN ANAK

Demsa Simbolon^{1✉}, Ina Debora Ratu Ludji², Beatrix Soi³

¹Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu

²Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang

³Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Kupang

ARTICLE INFO

Article history

Submitted : 2021-10-11

Revised : 2021-10-25

Accepted : 2021-11-22

Keywords:

Children under two years

Pregnant women

Stunting

Poor family

Kata Kunci:

Baduta

Ibu hamil

Stunting

Keluarga pra sejahtera

ABSTRACT

Child stunting is a global problem, including in Indonesia. The variation of stunting prevalence in Indonesia is very wide between provinces, but the interventions carried out tend to be the same. Variations in stunting prevalence at the stunting locus according to family, mother and child characteristics need to be known as an evidence based in planning appropriate intervention efforts. The study used a cross sectional design which aims to determine the variation in the proportion of stunting according to the characteristics of parents, families and children aged 6 – 24 months in South Central Timor District (TTS) and North Bengkulu District (BU). The research was conducted in June-November 2019. The population is all stunting children aged 6 – 24 months. The sample was selected by purposive sampling with inclusion criteria, namely stunting children, children aged 6 – 24 months, biological children, single births, no defects, and no comorbidities. The total sample was 120 stunting children aged 6 – 24 months, consisting of 60 stunting children in BU District and 60 stunting children in TTS District. The research instrument used a structured questionnaire. Data analysis used homogeneity test with chi square test. The results showed a high proportion of stunting in small families, while based on socio-economic heterogeneous families in both districts. In BU District, 30% of stunting children came from pre-prosperous families and 56.7% occurred in small families, while in TTS District all (100%) stunting children came from poor families and 65% from small families. The proportion of stunting was higher in mothers with normal height, age at the time of marriage 20 – 35 years, education of fathers and mothers were middle to high, mothers did not work, and fathers worked, children were born with normal weight, normal birth length, received breastmilk initiation, and exclusively breastfed. Stunting can occur in all families, so efforts are needed to improve family characteristics, parents and birth history to prevent stunting in Indonesia.

Anak stunting merupakan masalah global, termasuk di Indonesia. Variasi prevalensi stunting di Indonesia sangat lebar antar provinsi, tetapi intervensi yang dilakukan cenderung sama. Variasi prevalensi stunting di lokus stunting menurut karakteristik keluarga, ibu dan anak perlu untuk diketahui sebagai *evidence based* dalam merencanakan upaya intervensi yang tepat. Penelitian menggunakan desain cross sectional untuk mengetahui variasi proporsi kejadian stunting menurut karakteristik orang tua, keluarga dan anak usia 6 – 24 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) dan Kabupaten Bengkulu Utara (BU). Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni-November 2019. Populasi adalah seluruh anak balita stunting usia 6 – 24 bulan. Sampel dipilih secara *purposive sampling* dengan kriteria inklusi yaitu anak stunting, anak berusia usia 6 – 24 bulan, anak kandung, lahir tunggal, tidak cacat, dan tidak mengalami penyakit penyerta. Total sampel sebanyak 120 anak stunting usia 6 – 24 bulan, terdiri dari 60 anak stunting di Kabupaten BU dan 60 anak stunting di Kabupaten TTS. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner terstruktur. Analisis data menggunakan uji homogenitas dengan chi-square test. Hasil penelitian menunjukkan proporsi tinggi kejadian stunting pada keluarga kecil, sedangkan berdasarkan sosial ekonomi keluarga heterogen di kedua kabupaten. Di Kabupaten BU sebanyak 30% anak stunting dari keluarga pra-sejahtera dan 56,7% terjadi pada keluarga kecil sedangkan di Kabupaten TTS seluruh (100%) anak stunting dari keluarga pra-sejahtera dan 65% dari keluarga kecil. Proporsi stunting lebih tinggi pada ibu dengan tinggi badan normal, umur ibu saat menikah 20 – 35 tahun, pendidikan bapak dan ibu menengah ke atas, ibu tidak bekerja dan bapak bekerja, anak lahir dengan berat badan normal, panjang lahir normal, mendapat IMD, dan anak mendapat ASI Eksklusif. Kejadian stunting dapat terjadi pada semua keluarga, perlu upaya perbaikan karakteristik keluarga, orang tua dan riwayat kelahiran untuk mencegah stunting di Indonesia.

✉ Corresponding Author:

Demsa Simbolon
Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Telp. 081398908917
Email: demsa_ui03@yahoo.com

PENDAHULUAN

Balita stunting merupakan masalah global, karena diperkirakan tahun 2018 dialami oleh 149 juta balita dan prevalensi di beberapa negara melebihi 30%. Secara global, prevalensi stunting menunjukkan kecenderungan menurun sebesar 10,6% dari tahun 2000 sampai 2018 (UNICEF, 2019). Demikian juga di Indonesia terjadi penurunan sebesar 6,4% dari tahun 2013 sampai 2019, namun Indonesia masih termasuk dalam klasifikasi negara dengan prevalensi stunting sangat tinggi. Variasi kejadian stunting di Indonesia juga sangat lebar antar propinsi, yaitu dari 17,6% sampai 42,6%. Dari 34 provinsi di Indonesia, sebanyak 14 provinsi dengan prevalensi stunting kategori masalah berat (>30%) salah satunya Provinsi Bengkulu (28%), dan sebanyak 15 provinsi termasuk kategori masalah serius (>40%) salah satunya Provinsi Nusa Tenggara Timur yang menduduki urutan tertinggi (42,6%) (Balitbangkes, 2018). Perbedaan prevalensi ini menjadi penting untuk mengetahui bagaimana variasinya prevalensi stunting menurut karakteristik keluarga, ibu dan anak antara dua provinsi dengan prevalensi masalah berat dan masalah serius.

Permasalahan stunting perlu dicegah dan ditanggulangi karena dampaknya yang luas dan jangka panjang dalam siklus kehidupan. Dampak jangka pendek akibat stunting adalah anak akan mengalami gangguan pertumbuhan fisik, gangguan otak dan kurangnya kecerdasan dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Dampak jangka panjang akibat stunting akan menurunkan kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, risiko tinggi munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke dan disabilitas pada usia tua, meningkatkan risiko penyakit dan kematian perinatal-neonatal, serta kualitas kerja yang tidak kompetitif dan akan menghasilkan rendahnya kualitas sumber daya manusia (SDM) yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi. (Apriluana & Fikawati, 2018; Hossain et al., 2017; Mediani, 2020).

Pemerintah terus berupaya melakukan intervensi untuk mencegah dan menanggulangi

masalah stunting. Bukti keseriusan pemerintah terlihat dari pemerintah mengembangkan dua bentuk intervensi gizi, yaitu intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif di lokasi khusus (TNP2K, 2017). Cakupan intervensi juga terus di perluas dari 100 kabupaten/kota pada tahun 2018, meningkat menjadi 160 kabupaten/kota pada tahun 2019, dan tahun 2020 – 2014 mencakup seluruh kabupaten/kota di Indonesia. Upaya ini diharapkan dapat mencapai target penurunan prevalensi stunting menjadi 14% pada tahun 2024 yang tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020 – 2024. Sasaran intervensi gizi spesifik adalah ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0 – 59 bulan, serta remaja putri yang fokus pada penanganan dan pemenuhan gizi. Intervensi gizi sensitif dengan melakukan pembangunan di luar sektor kesehatan.

Intervensi spesifik difokuskan pada pemenuhan gizi ibu hamil dan ibu menyusui, bahkan sebelum hamil dan saat usia remaja karena banyaknya permasalahan gizi pada kelompok ini yang menjadi faktor risiko stunting. Laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 menunjukkan 24,2% ibu hamil mengalami kekurangan energi kronis (KEK) dan tahun 2018 menurun menjadi 17,3% (Balitbangkes, 2018). KEK pada ibu hamil mengakibatkan janin mengalami kekurangan asupan nutrisi di awal kehidupan yang berdampak pada pertumbuhan janin dan berisiko lahir pendek (Ruaida dan Soumokil, 2018). Sesaat setelah proses persalinan, bayi harus segera diberikan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan tubuhnya. Proses pemberian nutrisi tersebut diberikan melalui pemberian Inisiasi Menyusui Dini (IMD), namun hanya 15,9% bayi di Indonesia yang mendapat IMD sesuai rekomendasi WHO yakni ≥ 1 jam setelah lahir (Balitbangkes, 2018). IMD penting karena bayi akan memperoleh kolostrum yang penting untuk pertumbuhan anak. IMD juga penting untuk menstimulus keluarnya ASI, sehingga membantu keberhasilan pemberian ASI eksklusif (Apriluana, et al., 2018). Rendahnya pemberian IMD di Indonesia diikuti dengan

rendahnya cakupan ASI eksklusif. Dilaporkan pada tahun 2013 hanya 21,2% bayi yang memperoleh ASI eksklusif dan meningkat menjadi 37,3% tahun 2018. Bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif berisiko mengalami stunting (Lestari, 2018). Memasuki Usia 6 – 12 bulan, kebutuhan gizi anak semakin meningkat karena ASI pada anak usia 6 – 12 hanya mampu memenuhi kebutuhan sebesar 60% sehingga kekurangannya 40% harus dipenuhi dari makanan pendamping ASI (MP-ASI). MP-ASI di Indonesia juga bermasalah. Laporan Risdas tahun 2013 sebagian besar bayi (79,8%) di Indonesia mendapat MP-ASI terlalu dini dan tahun 2018 menurun menjadi 42,3% (Balitbangkes, 2018). Masalah MP-ASI dini dapat mengakibatkan anak mengalami kekurangan asupan gizi dan mudah terinfeksi penyakit sehingga berisiko mengalami stunting.

Berbagai praktik pemenuhan gizi sejak hamil sampai anak berusia balita dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya karakteristik keluarga, ibu dan anak. Hasil beberapa penelitian membuktikan bahwa kondisi sosial ekonomi keluarga, ketahanan pangan keluarga, ketersediaan air bersih dan akses terhadap berbagai sarana pelayanan dasar, berat lahir anak berpengaruh pada tingginya prevalensi stunting, namun status pekerjaan ibu, tinggi badan ayah, tinggi badan ibu dengan kejadian stunting tidak berhubungan dengan kejadian stunting (Sattu, 2014; Rosadi, et al., 2016). Belum ada hasil penelitian yang membandingkan variasi kejadian stunting antara dua provinsi dengan prevalensi masalah berat dan masalah serius, sehingga perlu dilakukan analisis variasi kejadian stunting menurut karakteristik keluarga, orang tua dan anak di daerah lokus stunting. Penelitian ini bertujuan mengetahui variasi proporsi kejadian stunting menurut karakteristik keluarga, karakteristik orang tua, dan karakteristik anak yang mengalami stunting pada usia 6 – 24 bulan di lokus stunting Indonesia yaitu di Kabupaten Timor Tengah Selatan Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Kabupaten Bengkulu Utara Provinsi Bengkulu.

METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni – November 2019 dengan desain *cross sectional*.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian di Kabupaten Bengkulu Utara (BU) di wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Agung Palik, Puskesmas Sebelat, Puskesmas Ketahun, Puskesmas Bukit Harapan. Penelitian di Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) di wilayah Kerja Puskesmas Nule, Puskesmas Panite, Puskesmas Nuemuke dan Puskesmas Kolbano. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni – November tahun 2019.

Populasi dan Sampel

Populasi adalah seluruh anak balita stunting usia 6 – 24 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Kabupaten Bengkulu Utara (BU) Provinsi Bengkulu. Sampel dipilih secara *purposive sampling* dengan kriteria inklusi yaitu anak stunting, anak berusia usia 6 – 24 bulan, anak kandung, lahir tunggal, tidak cacat, dan tidak mengalami penyakit penyerta.

Total sampel sebanyak 120 anak stunting usia 6 – 24 bulan. Terdiri dari 60 anak stunting di Kabupaten Bengkulu Utara (BU) dan 60 anak stunting di Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS).

Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner terstruktur dengan metode wawancara. Variabel penelitian meliputi karakteristik orang tua (status gizi ibu dan bapak, pendidikan ibu dan bapak, pekerjaan ibu dan bapak, umur ibu saat menikah, ukuran LILA ibu, paritas ibu), karakteristik anak (jenis kelamin, berat lahir, panjang lahir, jarak kelahiran, riwayat IMD dan riwayat ASI eksklusif), dan karakteristik keluarga (sosial ekonomi dan jumlah anggota keluarga).

Pengolahan dan Analisis Data

Penyajian data menggunakan ukuran proporsi. Analisis data menggunakan uji homogenitas dengan *chi square*. Penelitian ini telah mendapat persetujuan laik etik Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjung Karang tanggal 28 Maret 2019 nomor 94/EA/KEPK-TJK/III/2019.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik keluarga pada Tabel 1 menunjukkan terdapat perbedaan proporsi stunting menurut sosial ekonomi keluarga

($p=0,000$) sedangkan karakteristik keluarga menurut jumlah anggota rumah tangga ($p=0,35$) homogen antara keluarga di Kabupaten BU dan Kabupaten TTS. Di Kabupaten BU sebanyak 30% anak stunting dari keluarga pra-sejahtera,

sedangkan di Kabupaten TTS seluruh (100%) anak stunting dari keluarga pra-sejahtera. Sebagian besar keluarga anak stunting di Kabupaten BU termasuk keluarga kecil (56,7%) demikian juga di Kabupaten TTS (65,0%).

Tabel 1. Karakteristik Keluarga dengan Anak Stunting Usia 6 – 24 Bulan

Karakteristik Keluarga	Kabupaten Bengkulu Utara (BU)	Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS)	p-value
Sosial Ekonomi Keluarga			
Pra sejahtera	30,0	100,0	
Sejahtera I	16,7	0	0,000
Sejahtera II	10,0	0	
Sejahtera III	20,0	0	
Sejahtera III Plus	23,3	0	
Jumlah ART			
Keluarga Besar	43,4	35,0	0,350
Keluarga Kecil	56,7	65,0	

Tabel 2 menunjukkan variasi proporsi stunting berdasarkan karakteristik orang tua. Hasil menunjukkan kedua kabupaten mempunyai variasi homogen menurut karakteristik tinggi badan ibu ($p=0,268$), umur ibu saat menikah ($p=0,308$), pendidikan ibu ($p=0,891$), pendidikan bapak ($p=0,273$), dan pekerjaan ibu ($p=0,565$). Proporsi stunting lebih tinggi pada ibu dengan tinggi badan normal, umur ibu saat menikah 20 – 35 tahun, pendidikan bapak dan ibu menengah ke atas, ibu tidak bekerja dan bapak bekerja. Variasi proporsi stunting heterogen menurut karakteristik tinggi badan bapak ($p=0,000$), paritas ($p=0,028$), ukuran LILA ibu ($p=0,000$), dan pekerjaan bapak ($p=0,002$). Di Kabupaten BU proporsi stunting 18,3% dari bapak dengan tinggi badan kurang dari 150 cm (pendek), sementara di Kabupaten TTS sebanyak 96,7% bapak pendek.

Di Kabupaten BU terdapat 30% anak stunting pada paritas primipara dan hanya 5% paritas grandemultipara, sedangkan di Kabupaten TTS terdapat 36,7% anak stunting pada paritas primipara dan 18,3% paritas grandemultipara. Berdasarkan ukuran LILA ibu, di Kabupaten BU sebagian besar anak stunting (70%) dari ibu ukuran LILA normal, sementara di Kabupaten TTS sebagian besar (88,3%) anak stunting dari ibu Kurang Energi Kronik (LILA kurang dari 23,5cm). Berdasarkan pekerjaan bapak, anak stunting sebagian besar di Kabupaten BU dari Bapak

bekerja sebagai petani (56,6%), sedangkan di Kabupaten TTS hampir seluruhnya (83,3%) dari bapak bekerja sebagai petani.

Tabel 3 menunjukkan bahwa karakteristik anak stunting homogen di dua kabupaten berdasarkan berat lahir anak ($p=0,375$), panjang lahir ($p=1,0$), riwayat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) ($p=0,572$) dan riwayat ASI Eksklusif ($p=0,463$). Proporsi anak stunting lebih tinggi pada anak berat lahir normal, panjang lahir normal, mendapat IMD, mendapat ASI Eksklusif. Variasi karakteristik jenis kelamin ($p=0,045$), dan jarak kelahiran ($p=0,043$) berbeda di kedua kabupaten, dimana di Kabupaten BU anak stunting lebih tinggi pada anak perempuan (58,3%), sedangkan di Kabupaten TTS lebih tinggi pada anak laki-laki (75%).

Berdasarkan jarak kelahiran, di Kabupaten BU 38,3% anak stunting dengan jarak kelahiran kurang dari 24 bulan, sedangkan di Kabupaten TTS sebanyak 58,3% jarak kelahiran kurang dari 24 bulan. Berdasarkan berat lahir sebagian besar anak stunting usia 6 – 24 bulan lahir dengan berat lahir kurang dari 2500 gram (BBLR), sebanyak 45% lahir dengan panjang lahir kurang dari 48 cm, sebanyak 40% di Kabupaten BU dan 35% di Kabupaten TTS anak stunting tidak mendapat IMD, dan sebanyak 48,3% di Kabupaten BU dan 41,7% di Kabupaten TTS anak tidak mendapat ASI Eksklusif.

Tabel 2. Karakteristik Orang Tua dengan Anak Stunting Anak Stunting Usia 6 – 24 Bulan

Karakteristik Orang Tua	Kabupaten Bengkulu Utara (BU)	Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS)	p-value
Tinggi Badan Ibu			
Pendek (<150 cm)	36,7	48,3	0,268
Normal (≥150 cm)	63,3	51,7	
Tinggi Badan Bapak			
Pendek (<160 cm)	18,3	96,7	0,000
Normal (≥160 cm)	81,7	3,3	
Umur Ibu saat Menikah			
< 20 tahun	20,0	10,0	0,308
20 – 35 tahun	65,0	73,3	
>35 tahun	15,0	16,7	
Paritas			
Primipara	30,0	36,7	0,028
Multipara	65,0	45,0	
Grandemultipara	5,0	18,3	
Riwayat KEK			
KEK (LILA <23,5)	30,0	88,3	0,000
Normal (LILA ≥23,5)	70,0	11,7	
Pendidikan Ibu			
Dasar	30,0	33,3	0,891
Menengah	28,3	25,0	
Tinggi	41,7	41,7	
Pendidikan Bapak			
Dasar	31,7	35,0	0,273
Menengah	40,0	26,7	
Tinggi	28,3	38,3	
Pekerjaan Ibu			
IRT	93,3	93,3	0,565
Petani	5,0	6,7	
Pegawai	1,7	0	
Pekerjaan Bapak			
Petani	56,6	83,3	0,002
Swasta/Wirausaha	31,7	16,7	
Buruh	11,7	0	

PEMBAHASAN

Karakteristik Keluarga

Hasil penelitian menemukan bahwa kejadian stunting di Kabupaten TTS seluruhnya dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah (pra sejahtera), sedangkan di Kabupaten BU kejadian stunting menyebar di seluruh tingkat sosial ekonomi. Hasil ini menunjukkan bahwa stunting dapat terjadi pada semua tingkat sosial ekonomi. Hasil penelitian di Sumatera menemukan 40% balita stunting dari keluarga sosial ekonomi tinggi dan 46,3% anak stunting dari keluarga sosial ekonomi rendah. Tingginya proporsi stunting di suatu wilayah menjadi indikator sosial ekonomi. Berbagai hasil

penelitian membuktikan ada hubungan sosial ekonomi dengan kejadian stunting (UNICEF, 2013). Pendapatan rumah tangga yang rendah merupakan faktor yang signifikan berhubungan dengan kejadian stunting pada balita, balita dari keluarga pendapatan rendah berisiko 2,1 kali mengalami stunting dibandingkan dari keluarga pendapatan yang cukup (Apriluana et al., 2018). Sosial ekonomi yang baik akan memungkinkan keluarga memperoleh pendidikan tinggi, pelayanan kesehatan baik, akses transportasi, sehingga kebutuhan gizi anak dan keluarga tercukupi, daya beli keluarga lebih tinggi (Bishwakarma, 2011).

Tabel 3. Karakteristik Anak Stunting Usia 6 – 24 Bulan

Karakteristik Anak Stunting	Kabupaten Bengkulu Utara (BU)	Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS)	p-value
Jenis Kelamin Anak			
Laki-laki	41,7	60,0	0,045
Perempuan	58,3	40,0	
Berat Lahir			
BBLR (<2500 gr)	18,3	25,0	0,375
Normal (\geq 2500 gr)	81,7	75,0	
Panjang Lahir			
Pendek (PL < 48 cm)	45,0	45,0	1,0
Normal (PL \geq 48 cm)	55,0	55,0	
Riwayat IMD			
Tidak melaksanakan	40,0	35,0	0,572
Melaksanakan	60,0	65,0	
Riwayat ASI Eksklusif			
Tidak ASI eksklusif	48,3	41,7	0,463
ASI Eksklusif	51,7	58,3	
Jarak Kehamilan			
Anak Pertama	30,0	36,7	0,043
< 24 bulan	8,3	21,7	
\geq 24 bulan	61,7	41,6	

Variasi kejadian stunting di Kabupaten BU dan Kabupaten TTS berdasarkan jumlah anggota keluarga menunjukkan bahwa proporsi stunting lebih tinggi pada keluarga kecil. Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan di Provinsi Jambi bahwa 80,3% balita stunting dari keluarga kecil (kurang dari 4 anggota keluarga) (Muldiasman et al., 2018). Demikian juga hasil penelitian di Banyumas menemukan 56% anak stunting dari keluarga kecil (Kusumawati, et al., 2015). Berbeda dengan temuan di Ethiopia Selatan yang menunjukkan bahwa balita dari keluarga besar memiliki risiko lebih tinggi mengalami stunting dibandingkan dengan balita dari keluarga yang kecil (Fikadu, et al., 2014). Temuan ini kemungkinan jumlah anggota keluarga yang kecil adalah keluarga-keluarga muda dengan keadaan sosial ekonomi yang rendah dan berkaitan dengan kurangnya pengalaman pola asuh makan dan kesehatan bagi anak. Beberapa penelitian membuktikan jumlah anak balita dalam keluarga berhubungan dengan kejadian stunting. Keluarga yang memiliki anak balita lebih dari 2 berisiko memiliki anak stunting. Sejalan dengan temuan Oktarina (2014) bahwa balita dari keluarga dengan jumlah anggota rumah tangga banyak berisiko 1,34 kali cenderung mengalami stunting dibandingkan balita dari keluarga

dengan jumlah anggota rumah tangga cukup. Hal ini menunjukkan bahwa setiap anak dalam keluarga dapat berisiko mengalami stunting, sehingga sangat perlu pola asuh dan kesehatan yang baik untuk mencegah stunting dengan memperbaiki keadaan sosial ekonomi keluarga.

Karakteristik Orang Tua

Perbedaan karakteristik orang tua dapat mengakibatkan perbedaan pola asuhan yang akan berpengaruh terhadap status gizi anak, termasuk kejadian stunting. Karakteristik orang tua yang baik akan berdampak pada pola asuh yang baik, selanjutnya akan berpengaruh pada status gizi anak yang baik pula. Proporsi stunting di kedua kabupaten berdasarkan tinggi badan ibu lebih tinggi pada ibu dengan tinggi badan normal. Beberapa hasil penelitian juga menunjukkan hasil yang sama. Sedangkan berdasarkan tinggi badan bapak, kejadian stunting di Kabupaten BU sebagian besar pada bapak dengan tinggi badan normal, sedangkan di Kabupaten TTS proporsi stunting hampir seluruhnya dari bapak dengan tinggi badan pendek. Hasil penelitian di Kabupaten Brebes menemukan bahwa proporsi stunting lebih tinggi pada bapak yang pendek (79,1%) dan ibu yang pendek (81,4%) (Izah et al., 2020). Hasil penelitian di Rwanda menemukan bahwa dari

3.506 ibu dengan tinggi badan normal sebanyak 36,96% mempunyai anak balita stunting, sedangkan dari 88 ibu yang pendek (<145 cm) diantaranya 67,04 dengan anak stunting. Secara keseluruhan (95,6%) anak stunting lahir dari ibu dengan tinggi badan normal (Nshimyiryo, et al., 2019).

Berdasarkan umur ibu saat menikah, kejadian stunting di Kabupaten BU dan kabupaten TTS dengan pola yang sama, sebagian besar terjadi pada ibu yang menikah usia 20-35 tahun. Hasil penelitian di Nigeria menunjukkan bahwa umur ibu kurang dari 20 tahun sebagai faktor risiko stunting pada anak 6-23 bulan (Akombi et al., 2017). Berbagai hasil penelitian membuktikan kejadian stunting berhubungan dengan perkawinan usia remaja akibat kehamilan usia remaja (Sharma & Mishra, 2013; Prendergast & Humphrey, 2014, Larasati, Nindya, & Arief, 2018). Ibu menikah usia muda ketika hamil berisiko melahirkan bayi BBLR sebagai akibat janin mengalami gangguan pertumbuhan akibat asupan gizi yang kurang. Kemudian anak yang lahir dengan BBLR berisiko mengalami gangguan pertumbuhan pada usia berikutnya (Kusparlina et al., 2016). Anak BBLR menunjukkan postur tubuh anak lebih kecil dan pendek yang ditandai dengan kegagalan mencapai tinggi dan berat badan ideal (Lestari et al., 2018; Bamisaye & Adepoju, 2018).

Berdasarkan paritas ibu, kejadian stunting di Kabupaten BU dan kabupaten TTS dengan pola yang sama, sebagian besar terjadi pada ibu dengan paritas multipara dan grandemultipara. Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan di Rwanda bahwa pada anak stunting lebih tinggi pada anak paritas multipara dan grandemultipara (74,4%). Hasil penelitian di Nigeria menunjukkan bahwa anak kelima atau lebih menjadi faktor risiko terjadinya stunting pada usia 6-23 bulan (Akombi et al., 2017). Paritas tinggi akan berpengaruh pada jumlah dan distribusi makanan dalam rumah tangga. Jumlah anak yang banyak dalam rumah tangga dapat menyebabkan kurangnya pemenuhan kebutuhan gizi anak karena harus berbagi dengan saudaranya. Paritas tinggi juga mengakibatkan kurangnya perhatian dan kasih sayang orang tua, terutama bila jarak kelahiran anak yang terlalu dekat sehingga pola asuh makanan dan kesehatan tidak optimal (Apriasih et al., 2019). Jarak kelahiran kurang dari 24 bulan

merupakan faktor risiko terjadinya stunting. Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Kabupaten BU sebagian besar anak stunting terjadi pada anak dengan jarak kelahiran lebih dari 24 bulan, sedangkan di Kabupaten TTS kejadian stunting lebih tinggi pada anak dengan jarak kelahiran kurang dari 24 bulan. Hasil penelitian di Nigeria menunjukkan jarak kelahiran lebih dari 24 bulan sebagai faktor risiko stunting pada anak usia 0 – 23 bulan (Akombi et al., 2017).

Karakteristik ibu berdasarkan ukuran LILA menunjukkan bahwa kejadian stunting di kabupaten BU sebagian besar pada ibu dengan LILA normal, sedangkan di Kabupaten TTS proporsi stunting hampir seluruhnya dari ibu dengan ukuran LILA KEK. Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan di Sumatera Barat menunjukkan sebanyak 76,1% anak stunting dari ibu dengan ukuran LILA yang normal (Masrul, 2018). Status gizi ibu hamil juga dapat diukur dari indeks massa tubuh. Hasil penelitian di Nigeria menunjukkan bahwa ibu dengan IMT kurus (<18,5cm) sebagai faktor risiko stunting pada anak usia 6 – 23 bulan. Ibu hamil KEK menunjukkan adanya masalah gizi pada ibu. Kondisi ibu hamil KEK sebagai indikator janin kemungkinan mengalami kekurangan asupan nutrisi sehingga berdampak pada gangguan pertumbuhan janin dan berisiko lahir pendek (Ruaida dan Soumokil, 2018).

Kejadian stunting berdasarkan tingkat pendidikan ibu dan bapak menunjukkan bahwa kejadian stunting homogen di kedua kabupaten. Kecenderungan hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian stunting dapat terjadi pada semua keluarga dengan tingkat pendidikan rendah maupun tinggi. Berdasarkan pendidikan ibu, kejadian stunting lebih banyak pada ibu yang berpendidikan tinggi, sedangkan menurut pendidikan bapak kejadian stunting lebih tinggi pada bapak berpendidikan rendah. Beberapa penelitian menemukan hal yang sama, bahwa kejadian stunting lebih tinggi pada ibu berpendidikan tinggi (Rahayu & Darmawan, 2019; Muldiasman et al., 2018). Hasil Penelitian Rahayu (2019) menemukan 60,5% balita stunting pada ibu berpendidikan tinggi (60,5%) (Rahayu et al., 2019). Hasil penelitian di Provinsi Jambi menemukan bahwa kejadian stunting lebih tinggi pada anak dari bapak berpendidikan rendah (55,9%), namun hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan risiko stunting berdasarkan tingkat pendidikan

bapak (Muldiasman et al., 2018). Beberapa hasil penelitian membuktikan ada hubungan tingkat pendidikan rendah dengan risiko stunting (Ikeda, Irie, & Shibuya, 2013; Tiwari, Ausman, & Agho, 2014; Vaivada et al., 2020). Hasil penelitian di Surabaya menemukan bahwa kejadian stunting lebih tinggi pada bapak berpendidikan tinggi (52,9%) dan ibu berpendidikan rendah (61,8%). Ada hubungan yang signifikan tingkat pendidikan orang tua dengan kejadian stunting. Anak dari ibu berpendidikan rendah berisiko 3 kali dan anak dari bapak pendidikan rendah berisiko 2 kali mengalami stunting dibandingkan anak dengan orang tua berpendidikan tinggi. Orang tua terutama ibu yang berpendidikan lebih tinggi mampu memberikan perawatan anak dengan lebih baik dibandingkan ibu berpendidikan rendah. Pendidikan Orang tua yang rendah berhubungan dengan keadaan sosial ekonomi yang rendah (Nimah et al., 2015).

Proporsi kejadian stunting homogen berdasarkan pekerjaan ibu di dua kabupaten. Hampir seluruhnya kejadian stunting terjadi pada ibu yang tidak bekerja (Ibu rumah tangga). Sejalan dengan hasil penelitian di Provinsi Jambi yang menemukan 77,8% balita stunting dari ibu yang tidak bekerja (Muldiasman, 2018). Berdasarkan pekerjaan bapak menunjukkan pola yang sama di kedua kabupaten, kejadian stunting lebih tinggi pada anak dengan bapak yang bekerja sebagai petani. Hasil penelitian di Provinsi Jambi juga menemukan sebagian besar (85,6%) kejadian stunting terjadi pada anak dari bapak yang mempunyai pekerjaan tetap. Jenis pekerjaan ibu dan bapak berkaitan dengan penghasilan dan sosial ekonomi keluarga. Hasil penelitian lain membuktikan ada hubungan bermakna antara penghasilan keluarga dengan risiko stunting (Muldiasman et al., 2018).

Karakteristik Anak

Karakteristik anak stunting di Kabupaten BU sebagian besar terjadi pada anak perempuan, sedangkan di kabupaten TTS sebagian besar terjadi pada anak laki-laki. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian stunting dapat terjadi pada anak perempuan maupun laki-laki. Sejalan dengan hasil beberapa penelitian menemukan bahwa kejadian stunting lebih tinggi pada anak laki-laki (Muldiasman et al., 2018; Rahayu & Darmawan, 2019; Nshimyiryo et al., 2019;

Wijhati, Nuzuliana, & Pratiwi, 2019). Beberapa hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan risiko stunting menurut jenis kelamin anak (Muldiasman et al., 2018; Rahayu & Darmawan, 2019).

Proporsi kejadian stunting berdasarkan riwayat lahir BBLR homogen yaitu 18,3% di BU dan 25% di TTS anak stunting dengan riwayat BBLR, sebagian besar anak stunting dengan riwayat berat lahir normal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak lahir dengan berat badan normal (≥ 2500 gram) juga berisiko menjadi stunting pada usia 6 – 24 bulan. Temuan di Sumatera menunjukkan 42,7% bayi lahir dengan berat lahir normal mengalami stunting pada usia balita dan bayi lahir BBLR sebanyak 49% mengalami stunting (Oktarina et al., 2014). Beberapa hasil penelitian menunjukkan hasil yang sama, bahwa kejadian stunting lebih tinggi pada anak yang berat lahir normal (Sattu, 2014; Nshimyiryo et al., 2019; Wijhati, Nuzuliana, & Pratiwi, 2019; Muldiasman et al., 2018; Kusumawati, Rahardjo, & Sari, 2015). Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan Kabupaten Banggai bahwa 58,3% anak stunting dari anak yang berat lahir normal, 37,5% dari anak yang lahir dengan BBLR dan 4,2% dari anak yang lahir dengan berat badan diatas 4000 gram (Sattu, 2014), demikian juga temuan di Jambi bahwa karakteristik balita stunting hampir seluruhnya (94,9%) terjadi dari anak dengan berat lahir normal (Muldiasman, 2018).

Proporsi stunting berdasarkan panjang lahir di Kabupaten BU dan TTS sebagian besar pada anak dengan panjang lahir normal. Sejalan hasil penelitian di Surabaya menunjukkan 35,5% anak stunting terjadi pada anak yang lahir dengan panjang badan kurang dari 48 cm dan 64,7% dari anak lahir dengan panjang badan normal (Nimah et al., 2015). Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa anak lahir dengan panjang badan yang normal juga berisiko mengalami stunting. Hal ini bisa terjadi bila pada masa pertumbuhan dan perkembangan anak, kebutuhan gizi tidak terpenuhi dan sering mengalami penyakit infeksi sehingga anak mengalami stunting (Pacheco et al., 2017). Keadaan pendek saat lahir mempertinggi risiko terjadinya stunting pada usia berikutnya. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan panjang lahir dengan kejadian stunting. Anak lahir dengan panjang badan kurang dari 48 cm berisiko 4 kali mengalami stunting pada usia

balita dibandingkan dengan anak lahir dengan panjang badan normal. Hasil penelitian di Jambi menemukan 70,2% balita stunting adalah balita dengan riwayat panjang lahir kurang dari 48 cm (Muldiasman et al., 2018). Demikian juga hasil penelitian di Kabupaten Banyumas menunjukkan proporsi anak stunting lebih tinggi (66%) pada anak yang lahir pendek dibandingkan anak dengan panjang lahir lebih dari 51 cm (Kusumawati et al., 2018).

Proporsi anak stunting berdasarkan riwayat IMD di dua kabupaten homogen, 40% anak stunting di Kabupaten BU dan 35% di TTS adalah anak yang tidak mendapat IMD. Hasil ini menunjukkan bahwa kejadian stunting lebih tinggi terjadi pada bayi yang dilakukan IMD. Hasil penelitian ini sejalan dengan Muldiasman (2018) terdapat 61,2% balita stunting adalah anak yang mempunyai riwayat IMD. IMD merupakan faktor proteksi terjadinya stunting pada anak balita ($p=0,024$; $OR=1,3$; 95% CI: 1,0–1,6). Anak yang mendapat IMD mempunyai peluang lebih besar untuk mendapatkan ASI Eksklusif. Karakteristik anak stunting berdasarkan riwayat ASI Eksklusif di kedua kabupaten homogen, 48,3% anak stunting di Kabupaten BU dan 41,7% di TTS adalah anak yang tidak mendapat ASI Eksklusif. Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa hasil penelitian lain bahwa lebih dari setengah anak stunting adalah anak yang tidak mendapat ASI Eksklusif (Sattu, 2014; Wijhati, Nuzuliana, & Pratiwi, 2019; Muldiasman et al., 2018; Khayati et al., 2020;). Hasil penelitian di beberapa negara Brazil, Guatemala, India, the Philippines, dan South Africa menemukan kejadian stunting lebih tinggi pada anak yang mendapat MP-ASI kurang dari 6 bulan dan lebih dari 6 bulan. Hal ini menunjukkan waktu yang tepat dalam pemberian MP-ASI sebagai faktor risiko terjadinya stunting (62,3%) (Abeway et al., 2018). Beberapa hasil penelitian membuktikan bahwa ASI eksklusif sebagai faktor proteksi terjadinya stunting (Fikadu et al., 2014). Penelitian ini menunjukkan bahwa anak yang mendapat ASI secara eksklusif selama 6 bulan juga masih berisiko mengalami stunting pada usia 6 – 24 bulan. Terjadinya stunting pada anak yang mendapat ASI Eksklusif berkaitan dengan rendahnya kuantitas dan kualitas MP-ASI ditambah dengan kondisi sanitasi yang buruk yang menyebabkan anak sering mengalami penyakit infeksi. Sebesar 73,2%

anak stunting karena sering mengalami penyakit infeksi (Pacheco et al., 2017). Pemberian MP-ASI terlalu dini dan terlalu lama juga menjadi faktor risiko stunting (Prihutama, Rahmadi, & Hardaningsih, 2018; Khasanah, Hadi, & Paramashanti, 2016). Hasil penelitian di Kabupaten Banggai menemukan 45,8% anak stunting mendapat ASI Eksklusif sampai berumur 7 – 12 bulan, hal ini terjadi karena bayi kehilangan kesempatan untuk melatih kemampuan menerima makanan lain sehingga susah menerima bentuk makanan selain cair, sehingga anak mengalami *growth faltering* karena defisiensi zat gizi (Sattu, 2014).

KESIMPULAN DAN SARAN

Proporsi kejadian stunting homogen di kedua kabupaten menurut karakteristik jumlah anggota keluarga, umur ibu saat menikah, pendidikan ibu, pendidikan bapak, pekerjaan ibu, berat lahir anak, panjang lahir, riwayat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan riwayat ASI Eksklusif. Proporsi kejadian stunting heterogen berdasarkan sosial ekonomi keluarga, status gizi ibu, status gizi bapak, paritas, ukuran LILA ibu, dan pekerjaan bapak, jenis kelamin anak dan jarak kelahiran anak. Kejadian stunting dapat terjadi pada semua karakteristik keluarga, ibu dan anak.

Adanya perbedaan proporsi stunting di kedua lokasi stunting, diharapkan upaya intervensi stunting disesuaikan dengan kondisi daerah masing-masing dengan memanfaatkan potensi lokal daerah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abeway S, Gebremichael B, Murugan R, Assefa M, Adinew YM. (2018). Stunting and its determinants among children aged 6-59 Months in Northern Ethiopia: A cross-sectional study. *J Nutr Metab*:1–8.
- Akombi BJ, Agho KE, Hall JJ, Merom D, Astell-Burt T, Renzaho AMN. (2017) Stunting and severe stunting among children under-5 years in Nigeria: A multilevel analysis. *BMC Pediatric*. 17(1):1–16. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-016-0770-z>
- Apriasih H, Aprilia R. (2019). Gambaran Paritas pada Ibu yang memiliki Balita Stunting di Desa Cikunir Kecamatan Singaparna Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2019. *J Kesehat Bidkesmas Respati*. 2(10):102–10.

- Apriluana G, Fikawati S. (2018). Analisis Faktor-Faktor Risiko terhadap Kejadian Stunting pada Balita (0-59 Bulan) di Negara Berkembang dan Asia Tenggara. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. 28(4):247–56.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar. (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Bamisaye OB, Adepoju OT. (2018). Association between stunting and obesity among underfive children in urban and rural areas of Oyo State, Nigeria. *Malays J Nutr*. 24(1):25–34.
- Bapenas. (2021). Keputusan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor KEP.10/M/PPN/HK/02/2021.
- Fikadu T, Assegid S, Dube L. (2014). Factors associated with stunting among children of age 24 to 59 months in Meskan district, Gurage Zone, South Ethiopia: a case-control study. *BMC Public Health*. 14(800):1–7.
- Hossain M, Choudhury N, Abdullah KAB, Mondal P, Jackson AA, Walson J, et al. (2017). Evidence-based approaches to childhood stunting in low and middle income countries: A systematic review. *Arch Dis Child*. 102(10):903–909.
- Ikeda N, Irie Y, Shibuya K. (2013). Determinants of reduced child stunting in Cambodia: analysis of pooled data from three Demographic and Health Surveys. *Bull World Health Organ*. 91(5):341–349.
- Izah N, Zulfiana E, Rahmanindar N. (2020). Analisis Sebaran dan Determinan Stunting berdasarkan Karakteristik Keluarga pada Balita Usia 6 – 59 Bulan Effect of Family Characteristics on Stunting Events in Toddlers Aged 6-59 Months. *Midwiferia J Kebidanan*. 6(1):47–51.
- Khasanah DP, Hadi H, Paramashanti BA. (2016). Waktu pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) berhubungan dengan kejadian stunting anak usia 6-23 bulan di Kecamatan Sedayu. *Jurnal Gizi dan Diet Indonesia*. 4(2):105-111.
- Khayati FN, Agustiningrum R, Kusumaningrum PR, Hapsari FP. (2020). Analysis of Factors That Influence Stunting On Toddlers. *Proc 1st Int Conf Sci Heal Econ Educ Technol (ICoSHEET 2019)*. 27:127–130.
- Kusparlina EP. (2016). Hubungan Antara Umur Dan Status Gizi Ibu Berdasarkan Ukuran Lingkar Lengan Atas Dengan Jenis BBLR. *Jurnal penelitian kesehatan Suara Forikes*. 7(1):21–26.
- Kusumawati E, Rahardjo S, Sari HP. (2015). Model Pengendalian Faktor Risiko Stunting pada Anak Bawah Tiga Tahun. *Kesmas National Public Health Journal*. 9(3):249–256.
- Larasati DA, Nindya TS, Arief YS. (2018). Hubungan antara Kehamilan Remaja dan Riwayat Pemberian ASI Dengan Kejadian Stunting pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pujon Kabupaten Malang. *Amerta Nutr*. 2(4):392–401.
- Lestari ED, Hasanah F, Nugroho NA. (2018). Correlation between non-exclusive breastfeeding and low birth weight to stunting in children. *Paediatr Indones*. 58(3):223–227.
- Masrul M. (2018). Characteristics Of Stunting Children With Background History Of Family Demography And Maternal Reproductive In Pasaman And Pasaman Barat District, West Sumatera. *J Midwifery*. 3(2):146–152.
- Mediani HS. (2020). Predictors of Stunting Among Children Under Five Year of Age in Indonesia: A Scoping Review. *Glob J Health Sci*. 12(8):83–95.
- Muldiasman M, Kusharisupeni K, Laksmningsih E, Besral B. (2018). Can early initiation to breastfeeding prevent stunting in 6–59 months old children? *J Heal Res*. 32(5):334–341.
- Nīmah K, Nadhiroh SR. (2015). Faktor yang berhubungan dengan Kejadian Stunting Pada Balita. *Media Gizi Indonesia*. 10(1):13–9. Available from: <http://e-journal.unair.ac.id/index.php/MGI/article/view/3117/2264>
- Nshimyiryo A, Hedt-Gauthier B, Mutaganzwa C, Kirk CM, Beck K, Ndayisaba A, et al. (2019). Risk factors for stunting among children under five years: A cross-sectional population-based study in Rwanda using the 2015 Demographic and Health Survey. *BMC Public Health*. 19(1):1–10.
- Oktarina Z, Sudiarti T. (2014). Faktor Risiko Stunting Pada Balita (24—59 Bulan) Di

- Sumatera. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 8(3):175–180.
- Pacheco CDR, Picauly I, Sinaga M. (2017). Health, Food Consumption, Social Economy, and Stunting Incidency in Timor Leste. *J Kesehat Masy*. 13(2):261–269.
- Permadi MR, Hanim D, Kusnandar K, Indarto D. (2016). Risiko Inisiasi Menyusu Dini dan Praktek ASI Eksklusif terhadap Kejadian Stunting pada Anak 6-24 Bulan. *Penelitian Gizi dan Makanan*. 39(1):9–14.
- Prendergast AJ, Humphrey JH. (2014). The stunting syndrome in developing countries. *Paediatr Int Child Health*. 34(4):250–265.
- Prihutama NY, Rahmadi FA, Hardaningsih G. (2018). Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini Sebagai Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Anak Usia 2-3 Tahun. *J Kedokt Diponegoro*. 7(2):1419–1430.
- Rahayu B, Darmawan S. (2019). Hubungan Karakteristik Balita, Orang Tua, Higiene Dan Sanitasi Lingkungan Terhadap Stunting Pada Balita. *Binawan Student J*. 1(1):22–27. Available from: <http://journal.binawan.ac.id/bsj/article/view/46>
- Rosadi D, Rahayuh A, Yulidasari F, Putri AO, Rahman F. (2016). Faktor Risiko yang berhubungan dengan Kejadian Pendek pada Anak Usia 6-24 Bulan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 11(2):97–103.
- Sattu M. (2014). Karakteristik Balita Stunting Di Wilayah Kerja Puskesmas Teku Kecamatan Balantak Utara Kabupaten Banggai. *Online J Nat Sci*. 3(3):239–247.
- Sharma M, Mishra S. (2013). Maternal risk factors and consequences of low birth weight in Infants. *IOSR J Humanit Soc Sci*. 13(4):39–45.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. (2017). 100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting). Vol. 1. Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia; 2017.
- Tiwari R, Ausman LM, Agho KE. (2014). Determinants of stunting and severe stunting among under-fives: Evidence from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *BMC Pediatr*. 14(1):1–15.
- UNICEF. 2013. Improving child nutrition. The achievable imperative for Global Progress. Vol. 18, NCSL legisbrief. USA. 1–2.
- Unicef/ WHO/The World Bank. (2019). Levels and Trends in Child malnutrition - Unicef WHO The World Bank Joint Child Malnutrition Estimates, key findings of the 2019 edition. Unicef.
- Vaivada T, Akseer N, Akseer S, Somaskandan A, Stefopoulos M, Bhutta ZA. (2020). Stunting in childhood: An overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline. *Am J Clin Nutr*. 112:777S-791S.
- Wijhati ER, Nuzuliana R, Pratiwi MLE. (2019). Stunting Incidence in Tegalrejo Yogyakarta. *Proc 1st Int Conf Sci Heal Econ Educ Technol (ICoSHEET 2019)*. 27:168–171.