

Analisis Determinan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Cinangka, Kota Depok

Chahya Kharin Herbawani*¹, Ulya Qoulan Karima¹, Muh. Nur Hasan Syah², Ahid Nur Hidayati¹, Bagus Aprianto¹

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, UPN Veteran Jakarta

²Program Studi Gizi, Fakultas Ilmu Kesehatan, UPN Veteran Jakarta

**Author's Email Correspondence (*): chahyakharin@upnvj.ac.id
(+6285736787999)**

Abstrak

Prevalensi stunting di Indonesia masih dikatakan cukup tinggi, berdasarkan Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021, 24,4% balita di Indonesia mengalami stunting. Jika dilihat dari batasan WHO, prevalensi stunting di Indonesia terbilang tinggi karena prevalensinya lebih dari 20%. Berbagai upaya pencegahan dan penanganan stunting telah dilakukan oleh pemerintah, termasuk membentuk kabupaten/kota yang menjadi daerah prioritas dalam menanggulangi masalah stunting. Salah satu kabupaten/kota yang menjadi prioritas dalam pencegahan dan penanganan stunting ialah Kota Depok. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian stunting di wilayah kerja Puskesmas Cinangka, Kota Depok. Penelitian ini merupakan penelitian potong lintang, yang dilakukan pada 56 bayi dan balita. Teknik sampling yang digunakan ialah *purposive sampling*. Sumber data diperoleh dari data primer yang dikumpulkan secara langsung menggunakan kuesioner, timbangan berat badan dan pengukur tinggi badan. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat dan multivariat. Uji dilakukan menggunakan *chi square* dan *regresi logistic* berganda dengan menggunakan *software* analisis data. Hasil penelitian menunjukkan adanya risiko cukup tinggi terhadap kejadian stunting pada pendidikan ibu, pekerjaan ibu, kepemilikan BPJS ibu, kepemilikan BPJS anak, panjang badan lahir anak, riwayat penyakit diare, serta jarak *septic tank* dan sumur. Petugas kesehatan diharapkan dapat melakukan pencegahan stunting melalui peningkatan kapasitas calon ibu terkait stunting.

Kata Kunci: Balita, Determinan, Stunting

How to Cite:

Herbawani, C., Karima, U., Syah, M. N., Hidayati, A., & Aprianto, B. (2022). Analisis Determinan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Cinangka, Kota Depok. *Ghidza: Jurnal Gizi Dan Kesehatan*, 6(1), 64-79. <https://doi.org/10.22487/ghidza.v6i1.518>

Published by:

Tadulako University

Address:

Soekarno Hatta KM 9. Kota Palu, Sulawesi Tengah, Indonesia.

Phone: +628525357076

Email: ghidzajurnal@gmail.com

Article history :

Received : 13 07 2022

Received in revised form : 14 07 2022

Accepted : 21 07 2022

Available online : 21 07 2022

licensed by [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).



Abstract

The prevalence of stunting in Indonesia is still quite high. Based on the Indonesia Nutrition Status Study (SSGI) in 2021, 24.4% of children under five in Indonesia are stunted. When viewed from the WHO limits, the prevalence of stunting in Indonesia is fairly high because the prevalence is more than 20%. The government has carried out various efforts to prevent and deal with stunting, including establishing districts/cities that become priority areas in tackling the stunting problem. Depok City is one of the regencies/cities that prioritise preventing and handling stunting. This study aims to determine the factors that influence the incidence of stunting in the Cinangka Health Center, Depok City working area. This study was a cross-sectional study conducted on 56 infants and toddlers. The sampling technique used was purposive sampling. Sources of data obtained from primary data were collected directly using a questionnaire, weighing scales and measuring height. Data analysis was performed by univariate, bivariate and multivariate. The test was performed using chi-square and multiple logistic regression. The results showed a fairly high risk of stunting in maternal education, mother's occupation, mother's UHC ownership, child's UHC ownership, child's birth length, history of diarrheal disease, and the distance between septic tanks and wells. Health workers are expected to be able to prevent stunting by increasing the capacity of prospective mothers related to stunting.

Keywords: Determinant; Stunting; Toddler

I. PENDAHULUAN

Kejadian stunting di dunia meningkat dalam 10 tahun terakhir. Berdasarkan data Organisasi jumlah balita stunting di dunia adalah sebesar 149 juta balita. Dari jumlah ini, 81,7 juta (55%) balita stunting berada di Asia, dan 39% berada di Afrika. Asia Tenggara merupakan wilayah dengan angka stunting tertinggi kedua setelah Asia Selatan yaitu sebesar 14,4 juta (25,0%) balita (Unicef, 2021). Di Indonesia, prevalensi stunting pada balita adalah sebesar 30,8% yang terdiri dari 11,5% balita sangat pendek, dan 19,3% balita pendek (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2018). Stunting merupakan kondisi kekurangan gizi kronis yang dapat menyebabkan gagal tumbuh dan menghambat perkembangan fisik anak terutama pada berbagai organ penting tubuh termasuk otak yang sebagian besar tidak dapat dipulihkan (Caulfield et al., 2006).

Angka prevalensi stunting di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara Asia Tenggara lainnya. Berdasarkan Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021, 24,4% balita di Indonesia masih menderita stunting. Menurut batasan WHO, angka stunting dikatakan sangat tinggi bila prevalensinya $\geq 30\%$, dan tinggi bila prevalensinya 20 sampai $< 30\%$. *World Health Assembly* menargetkan penurunan sebesar 40% dari jumlah balita stunting (Organization, 2020). Sementara itu, Indonesia memiliki target penurunan stunting menjadi 14% di tahun 2024 yang ditetapkan Presiden dalam Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting. Oleh karena itu, penurunan stunting menjadi salah satu program prioritas nasional dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-

2024 dengan cara implementasi lima pilar utama penanganan stunting, yaitu 1) Komitmen dan Visi Kepemimpinan Nasional dan Daerah, 2) Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku, 3) Konvergensi Program Pusat, Daerah, dan Desa, 4) Ketahanan Pangan dan Gizi, dan 5) Pemantauan dan Evaluasi. 1000 hari pertama kehidupan (HPK) merupakan masa yang sangat penting dan kritis dalam proses tumbuh kembang bayi dan anak usia di bawah dua tahun (baduta) dan bawah lima tahun (balita) (Aditri, 2021).

Keberhasilan 1000 HPK akan berdampak panjang pada kualitas sumber daya manusia di setiap siklus kehidupan mulai dari 1000 HPK, *early childhood* (anak usia dini), anak prasekolah (5-6 tahun), remaja, dewasa, hingga lansia. Dampak keberhasilan 1000 HPK dalam hal kualitas sumber daya manusia meliputi aspek fisik (kesehatan dan status gizi), fungsi kognitif, sosial, emosional, fungsi eksekutif, penyakit kronis, mortalitas, dan daya saing (Juan & Yang, 2022). Faktor risiko stunting terdiri dari tingkat energi yang rendah, asupan protein yang rendah, dan berat badan lahir yang rendah. Biasanya penyebab stunting pada anak adalah karena kekurangan gizi yang berlangsung lama (kronik), sehingga dapat terjadi retardasi pertumbuhan dan mempengaruhi status gizi. Selain itu. Penyakit infeksi (diare dan ISPA) dapat menyebabkan penurunan berat badan secara akut dan mempengaruhi status gizi balita jika terjadi dalam jangka waktu yang lama. Balita dengan status gizi tidak normal memiliki sistem kekebalan yang lemah, yang dapat membuat mereka lebih rentan terhadap penyakit menular (Mosites et al., 2017). Berbagai macam program yang telah dilakukan dalam beberapa tahun terakhir masih belum optimal seperti yang terlihat pada perubahan perilaku dan kesadaran masyarakat tentang pola hidup sehat dan bergizi seimbang. Hal ini tentu saja akan menjadi hambatan dalam mencapai target penurunan stunting (Budiastutik & Nugraheni, 2018).

Pemerintah kabupaten/kota berperan strategis dalam mengurangi tingkat stunting. Pemerintah kabupaten/kota berperan dalam memastikan perencanaan dan penganggaran program/kegiatan untuk intervensi prioritas, meningkatkan manajemen pelayanan, koordinasi sub bagian dan pemerintahan desa serta pengembangan kebijakan daerah yang menangani zat-zat yang dikendalikan distrategi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan (Nisa, 2018). Pada tahun 2020, pemerintah pusat telah membentuk kabupaten/kota yang merupakan daerah prioritas untuk melaksanakan intervensi pengurangan stunting, salah satunya adalah Kota Depok. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran status gizi (dalam ukuran stunting) pada balita dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Penelitian dilakukan dengan desain *cross sectional* pada tahun 2022 di wilayah kerja Puskesmas Cinangka, Kecamatan Sawangan, Kota Depok.

II. METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan studi potong lintang. Penelitian ini bersumber dari data primer yang dikumpulkan secara langsung menggunakan pengukuran antropometri dan wawancara dengan kuesioner. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi dan balita di wilayah kerja Puskesmas Cinangka. Sementara sampel pada penelitian ini diambil dengan metode *purposive* sampling, dimana yang menjadi subjek penelitian adalah balita yang mengunjungi posyandu pada saat proses pengumpulan data dilakukan. Proses pengumpulan data dilakukan secara langsung pada 8 dari 11 posyandu di wilayah kerja Puskesmas Cinangka. Kriteria inklusi pada penelitian ini yakni balita yang mengunjungi posyandu pada saat proses pengumpulan data dan bersedia dilakukan wawancara. Berdasarkan kriteria inklusi didapatkan sampel sebanyak 56 anak.

Variabel independen penelitian pada penelitian ini adalah adalah usia, Berat Badan (BB) lahir dan Panjang Badan (PB) lahir. Sementara variabel dependen adalah BB dan TB saat pengukuran. Metode analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *chi square* yang nilai *Confidence Interval* (CI) sebesar 95%. Tingkat kemaknaan yang digunakan sebesar 0,05 atau 5%. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat dan multivariat dengan menggunakan *software* analisis data. Uji yang dilakukan ialah *chi-square* dan regresi logistic berganda. Penelitian ini telah memiliki surat persetujuan etik yang dikaji dan dinyatakan lolos oleh komisi etik penelitian kesehatan Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta No. 278/V/2022/KEPK.

III. HASIL

Karakteristik Ibu

Tabel 1. Gambaran Karakteristik Ibu

Variabel	Kategori	n (56)	%
Socio-Demografi	Pendidikan		
	Perguruan Tinggi	14	25,0
	SMA	24	42,9
	SMP	15	26,8
	SD	3	5,4
	Pekerjaan		
	Bekerja	10	17,9
	Tidak Bekerja/Ibu Rumah Tangga	46	82,1
	Kepemilikan BPJS Kesehatan		
	Ya	49	87,5
Tidak	7	12,5	

		Pengetahuan Stunting		
		Baik ($\geq 4,56$)	16	28,6
		Kurang ($< 4,56$)	40	71,4
Riwayat Maternal	Usia Saat Hamil ^a			
	≤ 20 years	2	3,6	
	21-34 years	43	78,2	
	≥ 35 years	10	18,2	

^aMissing 1

Jumlah responden dalam penelitian ini adalah sebesar 56 ibu. Berdasarkan Tabel 1 tentang gambaran karakteristik ibu, sebagian besar tingkat pendidikan ibu adalah Sekolah Menengah Atas (SMA) dengan proporsi 42,9%, tidak bekerja/sebagai ibu rumah tangga (IRT) dengan proporsi 82,1%, mempunyai BPJS kesehatan dengan proporsi 87,5%, berpengetahuan kurang dengan proporsi 71,4%, dan berusia 21-34 tahun saat hamil dengan proporsi 78,2%. Untuk mengukur pengetahuan, digunakan 6 pertanyaan. Apabila persentase jawaban benar sebesar 76-100%, maka akan dikelompokkan menjadi pengetahuan baik (Arikunto, 2013). Artinya kelompok ibu berpengetahuan baik akan dimulai dari skor $76\% \times 6 = 4,56$ sampai dengan skor maksimal sebesar 6.

Karakteristik Anak

Tabel 2. Gambaran Karakteristik Anak

Variabel	Kategori	N (56)	%
Sosio Demografi	Jenis Kelamin		
	Laki-Laki	29	51,8
	Perempuan	27	48,2
	Usia Saat Ini		
	6-11 bulan	4	7,1
	12-23 bulan	10	17,9
	24-35 bulan	17	30,4
	36-47 bulan	11	19,6
	48-60 bulan	14	25,0
	Urutan Kelahiran		
	1	15	26,8
	2	27	48,2
	3	11	19,6
	4	2	3,6
	5	1	1,8
Kepemilikan BPJS Kesehatan			
Ya	18	32,1	
Tidak	38	67,9	
Asal Posyandu			
Delima	9	16,1	
Manggis	4	7,1	
Srikaya	5	8,9	
Markisa	14	25,0	
Rambutan	6	10,7	
Duku	8	14,3	
Belimbing	5	8,9	
Mangga	5	8,9	
Status Kesehatan	Berat Badan Lahir		
	≥ 2.500 gr	42	75,0
	< 2.500 gr	14	25,0
	Panjang Badan Lahir		
	≥ 48 cm	29	51,8
< 48 cm	27	48,2	

	Status Stunting Saat Ini		
	Normal	11	19,6
	Pendek	23	41,1
	Sangat Pendek	22	39,3
Riwayat Pemberian ASI Eksklusif	Kolostrum		
	Ya	49	87,5
	Tidak	7	12,5
	Hanya ASI 0-6 Bulan		
	Ya	45	80,4
	Tidak	11	19,6
	Susu Formula 0-6 Bulan		
	Ya	11	19,6
	Tidak	45	80,4
	Air Tajin 0-6 Bulan		
	Ya	3	5,4
	Tidak	53	94,6
	Madu 0-6 Bulan		
	Ya	13	23,2
	Tidak	43	76,8
	Air Teh/Gula 0-6 Bulan		
	Ya		
	Tidak	56	100,0
	Air Putih 0-6 Bulan		
	Ya	19	33,9
Tidak	37	66,1	
Bubur Nasi/Tim 0-6 Bulan			
Ya	5	8,9	
Tidak	51	91,1	
	Makanan Tambahan 0-6 Bulan Saat Ditinggal >2 Jam		
	Ya	4	7,1
	Tidak	52	92,9
	Makanan Tambahan 0-6 Bulan		
	Ya	8	14,3
	Tidak	48	85,7
	ASI Eksklusif		
	Ya	22	39,3
	Tidak	34	60,7
Riwayat Imunisasi	Status Imunisasi		
	Ya	56	100,0
	Tidak		
	Imunisasi BCG		
	Ya	56	100,0
	Tidak		
	Imunisasi DPT-HB-HIB		
	Ya	55	98,2
	Tidak	1	1,8
	Imunisasi Hepatitis B		
	Ya	54	96,4
	Tidak	2	3,6
	Imunisasi Polio Oral		
	Ya	52	92,9
Tidak	4	7,1	
Imunisasi Campak			
Ya	46	82,1	
Tidak	10	17,9	
Imunisasi Lengkap			
Ya	44	78,6	
Tidak	12	21,4	
Riwayat Penyakit Infeksi	Diare		
	Ya	18	32,1
	Tidak	38	67,9
	ISPA		
	Ya	33	58,9
Tidak	23	41,1	

Berdasarkan Tabel 2 tentang gambaran karakteristik anak, terutama pada variabel status stunting, terdapat 41,1% anak yang pendek, 39,3% anak yang sangat pendek, dan 19,6% anak yang normal. Untuk mengukur status pemberian ASI eksklusif, diberikan 10 pertanyaan indikator. Status ASI eksklusif diberikan kepada ibu yang menjawab “Ya” pada pertanyaan “Apakah anak hanya diberikan ASI 0-6 bulan?” dan “Tidak” pada pertanyaan pemberian makanan/minuman tambahan selain ASI. Hasilnya adalah hanya terdapat 39,3% ibu yang memberikan ASI secara eksklusif kepada anak.

Untuk mengukur status imunisasi lengkap, diberikan 6 pertanyaan indikator. Status imunisasi lengkap diberikan kepada ibu yang menjawab “Ya” pada pertanyaan “Apakah anak diimunisasi?” dan “Ya” pada pertanyaan tentang jenis-jenis imunisasi spesifik yang diberikan sesuai dengan usia anak. Hasilnya adalah hanya terdapat 78,6% anak yang telah diimunisasi secara lengkap.

Karakteristik Lingkungan

Tabel 3. Gambaran Karakteristik Lingkungan

Variabel	N (56)	%
Sumber Air^a		
Sumur/PDAM	55	100,0
Sungai		
Tempat Mandi^a		
Kamar mandi sendiri	55	100,0
Sungai		
Tempat BAB^a		
WC	55	100,0
Sungai/Pekarangan/Tegalan		
Konsumsi Air Minum yang Dimasak^a		
Ya	55	100,0
Tidak		
Frekuensi Mandi 2 x sehari^a		
Delima	54	98,2
Manggis	1	1,8
Lantai Rumah^a		
Keramik	53	96,4
Tanah	2	3,6
Ventilasi Rumah^a		
Ya	54	98,2
Tidak	1	1,8
Jarak Septic Tank dengan Sumur^a		
>10 m	25	45,5
<10 m	30	54,5
Tempat Penampungan Air^a		
Bak/Ember	55	100,0
Lainnya		
Dekatnya Penampungan Air dan WC^b		
Ya	29	53,7
Tidak	25	46,3

^aMissing 1, ^bMissing 2

Berdasarkan Tabel 3 tentang karakteristik lingkungan, terdapat 10 pertanyaan indikator. Sebagian besar karakteristik lingkungan yang ditemukan sudah termasuk baik. Namun variasi

cukup besar ditemukan pada indikator jarak *septic tank* dengan sumur dan dekatnya penampungan air dan WC. Masih terdapat 45,5% responden yang memiliki rumah dengan jarak *septic-tank* <10 meter, dan 53,7% responden yang penampungan airnya dekat dengan WC.

Analisis Bivariat

Tabel 4. Analisis Bivariat Kejadian Stunting

Variabel	Stunting				Total	Crude POR (95% CI)	Nilai p
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
Pendidikan Ibu							
Tinggi (PT)	4	28,6	10	71,4	14	1	
SMA ke bawah	7	16,7	35	83,3	42	2,00 (0,49-8,24)	0,439
Pekerjaan Ibu							
Tidak Bekerja/IRT	10	21,7	36	78,3	46	1	
Bekerja	1	10,0	9	90,0	10	2,50 (0,28-22,15)	0,667
Kepemilikan BPJS Ibu							
Ya	2	28,6	5	71,4	7	1	
Tidak	9	18,4	40	81,6	49	1,78 (0,30-10,67)	0,614
Pengetahuan Stunting Ibu							
Baik ($\geq 4,56$)	3	18,8	13	81,3	16	1	
Kurang ($< 4,56$)	8	20,0	32	80,0	40	0,92 (0,21-4,04)	1,000
Usia Ibu Saat Hamil							
Tidak Berisiko (21-34 Tahun)	9	20,9	34	79,1	43	1	
Berisiko (≤ 20 dan ≥ 35 Tahun)	2	16,7	10	83,3	12	1,32 (0,24-7,15)	1,000
Tinggi Badan Ibu Saat Hamil							
≥ 150 cm	9	20,5	35	79,5	44	1	
< 150 cm	2	16,7	10	83,3	12	1,29 (0,24-6,94)	1,000
Jenis Kelamin Anak							
Perempuan	3	11,1	24	88,9	27	1	
Laki-Laki	8	27,6	21	72,4	29	0,33 (0,08-1,40)	0,181
Kepemilikan BPJS Anak							
Ya	5	27,8	13	72,2	18	1	
Tidak	6	15,8	32	84,2	38	2,05 (0,53-7,92)	0,305
Berat Badan Lahir Anak							
≥ 2.500 gr	8	19,0	34	81,0	42	1	
< 2.500 gr	3	21,4	11	78,6	14	0,86 (0,19-3,83)	1,000
Panjang Badan Lahir Anak							
≥ 48 cm	8	27,6	21	72,4	29	1	
< 48 cm	3	11,1	24	88,9	27	3,05 (0,71-13,00)	0,181
Riwayat ASI Eksklusif							
Ya	4	18,2	18	81,8	22	1	
Tidak	7	20,6	27	79,4	34	0,86 (0,22-3,36)	1,000
Riwayat Imunisasi Dasar Lengkap							
Ya	7	15,9	37	84,1	44	1	
Tidak	4	33,3	8	66,7	12	0,38 (0,09-1,61)	0,224
Riwayat Penyakit Diare							
Tidak	9	23,7	29	76,3	38	1	
Ya	2	11,1	16	88,9	18	2,48 (0,48-12,92)	0,473
Riwayat Penyakit ISPA							
Tidak	5	21,7	18	78,3	23	1	
Ya	6	18,2	27	81,8	33	1,25 (0,33-4,72)	0,746
Jarak SepticTank dan Sumur							
>10 m	8	32,0	17	68,0	25	1	
<10 m	3	10,0	27	90,0	30	4,23 (0,98-18,22)	0,088

Tabel 4 berisi hasil analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan kejadian stunting. Dari 15 variabel independen, tidak ada yang menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik. Namun, apabila dilihat berdasarkan nilai POR, terdapat beberapa

variabel yang menunjukkan risiko cukup tinggi untuk kejadian stunting. Variabel tersebut yaitu pendidikan ibu (POR= 2,00, 95% CI:0,49-8,24), pekerjaan ibu (POR=2,50, 95% CI: 0,28-22,15), kepemilikan BPJS ibu (POR=1,78, 95% CI: 0,30-10,67), kepemilikan BPJS anak (POR=2,05, 95% CI: 0,53-792), panjang badan lahir anak (POR= 3,05, 95% CI: 0,71-13,00), riwayat penyakit diare (POR=2,48, 95% CI: 0,48-12,92), jarak *septic tank* dan sumur (POR= 4,23, 95% CI: 0,98-18,22). Selain itu, juga terdapat beberapa variabel yang menunjukkan efek protektif cukup tinggi untuk kejadian stunting yaitu variabel jenis kelamin anak (POR=0,33, 95% CI: 0,08-1,40), dan riwayat imunisasi dasar lengkap (POR=0,38, 95% CI: 0,09-1,61).

Analisis Multivariat

Table 5. Model Akhir Multivariat Kejadian Stunting

Variabel	β	Nilai p	Adjusted		
			POR	Lower	Upper
Riwayat Penyakit Diare	1,266	0,153	3,55	0,63	20,10
Jarak Septic Tank dan Sumur	1,646	0,033	5,19	1,14	23,56

Tabel 5 merupakan model akhir analisis multivariat. Pada tahap awal, dilakukan seleksi bivariat untuk memilih variabel yang akan masuk ke dalam model awal multivariat yaitu variabel dengan nilai $p < 0,25$ antara lain jenis kelamin anak (nilai $p=0,181$), panjang badan lahir anak (nilai $p=0,181$), riwayat imunisasi dasar lengkap (nilai $p=0,224$), dan jarak *septic tank* dan sumur (nilai $p=0,088$). Selain itu variabel yang penting secara substansi juga tetap dimasukkan dalam model awal multivariat walaupun nilai $p > 0,25$ yaitu variabel pendidikan ibu, (nilai $p=0,439$), pekerjaan ibu (nilai $p=0,667$), kepemilikan BPJS ibu (nilai $p=0,614$), kepemilikan BPJS anak (nilai $p=0,305$), dan riwayat penyakit diare (nilai $p=0,473$). Sehingga ada 9 variabel yang dimasukkan ke dalam model awal.

Dari model awal, dilakukan pengeluran variabel dengan nilai $p > 0,05$ dimulai dari yang terbesar hingga akhirnya didapatkan model akhir yang berisi variabel dengan nilai $p < 0,05$. Pada tabel 5, model akhir berisi variabel jarak *septic tank* dan sumur (POR=5,19, 95%CI: 1,14-23,56), serta riwayat penyakit diare (POR=3,55, 95% CI: 0,63-20,10). Variabel riwayat penyakit diare tetap dipertahankan dalam model akhir walau nilai $p > 0,05$ karena penting secara substansi.

IV. PEMBAHASAN

Pengumpulan data berlangsung dari Maret hingga April 2022. Berdasarkan pendataan balita stunting yang ada di 11 posyandu di wilayah kerja Puskesmas Cinangka Kota Depok, didapatkan daftar seluruh balita yang menjadi sasaran pelayanan posyandu tersebut sebanyak 158 balita. Dengan metode *purposive* sampling, balita yang terpilih adalah sebanyak 56 balita. Balita

tersebut merupakan balita yang datang pada pelayanan Posyandu saat penelitian dilakukan. Data berat bayi lahir, panjang bayi lahir, dan status imunisasi didapatkan dari buku KMS. Sedangkan data variabel lainnya didapatkan dengan cara pengukuran langsung.

Desain penelitian adalah *cross sectional* untuk mengetahui faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita. Pengukuran *exposure* dan *outcome* dilakukan pada saat yang bersamaan. Status stunting yang dimaksud adalah status stunting yang diukur pada saat kunjungan awal ke posyandu. Sementara pada *exposure*/variabel independen seperti pendidikan ibu, pekerjaan ibu, usia dan tinggi badan ibu saat hamil, jenis kelamin anak, berat badan lahir anak, panjang badan lahir anak, adalah variabel yang kemungkinan besar memang terjadi sebelum stunting karena variabel tersebut merupakan variabel yang telah ada atau berlangsung sejak/sebelum belum anak lahir. Sementara variabel kepemilikan BPJS ibu, BPJS anak, pengetahuan stunting ibu, riwayat ASI eksklusif, riwayat imunisasi dasar lengkap, riwayat penyakit diare, riwayat penyakit ISPA, dan jarak septic tank dengan sumur adalah variabel yang cenderung tidak dapat dipastikan apakah terjadi sebelum status stunting anak, sehingga hasil penelitian mungkin masih terpengaruh oleh bias *temporal time relationship*. Dari total sampel sebanyak 56 balita, beberapa variabel mengalami *missing data* yaitu 1 subjek untuk variabel usia ibu saat hamil, 1-2 subjek untuk variabel tentang lingkungan. Jumlah *missing data* ini dinilai tidak terlalu besar.

Proporsi kasus stunting dalam penelitian ini adalah sebesar 80,4%, yang terdiri dari 41,1% balita pendek, dan 39,3% balita sangat pendek. Berdasarkan batasan yang ditetapkan oleh WHO, frekuensi stunting termasuk sangat tinggi jika prevalensinya $\geq 30\%$, dan tinggi jika prevalensinya 20% sampai $<30\%$ (UNICEF et al., 2019). Menurut data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi stunting pada anak balita secara nasional di Indonesia adalah sebesar 30,8% yang terdiri dari 11,5% balita sangat pendek dan 19,3% balita pendek. Di Jawa Barat, prevalensi stunting sebesar 31,1%, yang terdiri dari 11,7% balita sangat pendek, dan 19,4% balita pendek (Kemenkes, 2018).

Suatu kegiatan penilaian status gizi pada balita berumur 6-60 bulan di 3 Posyandu di wilayah kerja Puskesmas Sukmajaya Kota Depok menunjukkan bahwa proporsi stunting sebesar 21,4% yang terdiri dari 14,3 balita sangat pendek, dan 7,1 balita pendek (Puspareni & Wardhani, 2017). Studi lain yang dilakukan pada balita di Desa Panduman Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember dengan desain studi *cross sectional* dan teknik sampling *simple random sampling* menemukan bahwa prevalensi balita stunting adalah sebesar 51,3% (Maulidah et al., 2019). Beberapa penelitian di berbagai daerah di Indonesia menunjukkan angka stunting yang bervariasi, namun rata-rata masih menunjukkan angka prevalensi yang termasuk tinggi menurut standar WHO. Angka prevalensi ini bisa dikatakan dapat menggambarkan kondisi prevalensi yang

sesungguhnya dari populasi penelitiannya bila menggunakan teknik pengambilan sampel yang termasuk *random sampling* (Karima et al., 2021). Dalam penelitian ini, terdapat keterbatasan berupa teknik pengambilan sampel yang tidak secara random melainkan dengan *purposive sampling*, yaitu balita yang datang saat jadwal kunjungan ke Posyandu bertepatan dengan pengambilan data penelitian. Sebagian besar yang datang pada saat penelitian berlangsung bertepatan dengan jadwal kedatangan anak stunting, sehingga angka stunting yang ditemukan sangat besar yaitu 80,4%. Hal ini menyebabkan kemungkinan terjadinya bias seleksi dalam menginterpretasikan angka proporsi stunting yang sangat besar, karena subjek dengan *outcome* yang lebih cenderung terekrut dalam penelitian ini.

Dalam penelitian ini, terdapat 7 variabel yang menunjukkan risiko cukup tinggi untuk kejadian stunting walaupun tidak bermakna secara statistik yaitu variabel pendidikan ibu (POR=2,00, 95% CI:0,49-8,24), pekerjaan ibu (POR=2,50, 95% CI: 0,28-22,15), kepemilikan BPJS ibu (POR=1,78, 95% CI: 0,30-10,67), kepemilikan BPJS anak (POR=2,05, 95% CI: 0,53-792), panjang badan lahir anak (POR= 3,05, 95% CI: 0,71-13,00), riwayat penyakit diare (POR=2,48, 95% CI: 0,48-12,92), jarak septic tank dan sumur (POR= 4,23, 95% CI: 0,98-18,22).

Pendidikan dan pemberdayaan perempuan merupakan hal yang sangat penting sebagai kunci dalam keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak-anak dari ibu yang kurang berpendidikan memiliki kemungkinan bertahan hidup yang lebih rendah dan risiko yang lebih tinggi untuk kekurangan gizi di dalam rahim, selama masa bayi, dan di masa kanak-kanak, dibandingkan dengan anak dari ibu yang berpendidikan (Del Carmen Casanovas et al., 2013). Sebuah penelitian di pedesaan Bangladesh pada anak usia di bawah 2 tahun menunjukkan bahwa ibu yang berpendidikan lebih sadar tentang kesehatan dan gizi anak, memungkinkan mereka untuk merawat dengan lebih baik, menggunakan layanan kesehatan dengan lebih baik, dan juga membantu memastikan praktik kebersihan yang lebih baik (Ahmed et al., 2012). Penelitian stunting pada balita di Jakarta Selatan, menunjukkan bahwa pada tahap bivariat, pendidikan ibu yang lebih rendah secara signifikan meningkatkan risiko stunting (OR=2,44, nilai p: 0,006) (Utami et al., 2019).

Dalam penelitian ini, ibu yang bekerja berisiko 2,50 kali (95% CI: 0,28-22,15) untuk mempunyai anak stunting dibandingkan ibu yang tidak bekerja. Hal ini hampir mirip dengan penelitian yang dilakukan di Dusun Teruman Desa Bantul Kabupaten Bantul tahun 2016 pada 108 balita dengan desain studi *cross sectional* dimana pada tahap bivariat, ibu yang tidak bekerja mempunyai risiko lebih rendah 0,5 kali (95% CI:0,208-1,205) untuk mempunyai anak stunting dibandingkan ibu yang bekerja (Sulistiyawati, 2018). Namun penelitian di Bangladesh menunjukkan bahwa status pekerjaan ibu tidak berhubungan dengan status gizi anak (Sultana et al., 2019).

Dalam penelitian ini, ibu dan anak yang tidak memiliki BPJS akan meningkatkan risiko kejadian stunting dengan nilai POR masing-masing sebesar $POR=1,78$ (95% CI: 0,30-10,67) dan $POR=2,05$ (95% CI:0,53-7,92) dibandingkan ibu dan anak yang tidak memiliki BPJS. Kepemilikan jaminan kesehatan berpengaruh terhadap stunting. Anak dari keluarga peserta jaminan kesehatan Non-ASEKSKIN terproteksi dari kejadian stunting (OR=0,78, 95% CI: 0,62-0,98). Artinya anak yang lahir dari keluarga yang tidak memiliki jaminan kesehatan berisiko 1,3 kali akan menjadi stunting dibandingkan dengan anak yang lahir dari keluarga pesertajaminan kesehatan selain ASKESKIN (Desma Simbolon, 2014).

Dalam penelitian ini, anak dengan panjang badan lahir <48 cm berisiko 3,05 kali (95% CI: 0,71-13,00) untuk mengalami stunting dibandingkan dengan anak dengan panjang badan lahirnya ≥ 48 cm. Panjang badan lahir merupakan faktor yang dapat menentukan stunting karena bayi dengan panjang lahir pendek berpeluang lebih besar untuk tumbuh pendek daripada anak dengan panjang badan lahir normal. Panjang badan lahir juga dapat menunjukkan kecukupan gizi yang diasup oleh ibu selama masa kehamilan (Sulistyawati, 2018)

Dalam penelitian ini, anak dengan riwayat diare berisiko 2,48 kali (95% CI: 0,48-12,92) untuk mengalami stunting dibandingkan dengan anak tanpa riwayat diare. Variabel ini pun masuk ke dalam model akhir multivariat dengan nilai $POR=3,55$ (95%CI: 0,63-20,10). 25% dari beban stunting dapat dikaitkan dengan lima atau lebih episode diare terjadi sebelum usia 2 tahun (Stewart et al., 2013). Infeksi berulang akan menyebabkan gangguan status gizi melalui nafsu makan berkurang, gangguan penyerapan usus, dan peningkatan katabolisme. Sebaliknya, kondisi nutrisi yang buruk juga dapat menyebabkan infeksi berulang karena adanya perubahan sistem imun (Millward, 2017). Anak dengan infeksi kronik dapat terjadi defisiensi mikronutrien yang dapat berperan dalam terlambatnya pertumbuhan (Ahasmi et al., 2020).

Dalam penelitian ini, anak yang tinggal di rumah dengan jarak septic tank dan sumur <10 m berisiko 4,23 kali (95% CI: 0,98-18,22) untuk mengalami stunting dibandingkan dengan anak yang tinggal di rumah dengan jarak septic-tank dan sumur >10 m. Variabel ini pun masuk ke dalam model akhir multivariat dengan nilai $POR=5,19$ (95%CI: 1,14-23,56). Variabel ini sekaligus juga menjadi variabel dengan nilai POR tertinggi dalam model multivariat. Keamanan pangan dan sumber air berkaitan dengan potensi adanya sumber infeksi yang dapat mempengaruhi pertumbuhan anak. Praktik kebersihan dalam level rumah tangga seperti tidak tersedianya sumber air yang aman dapat mempengaruhi risiko penyakit infeksi salah satunya diare (Stewart et al., 2013). Air merupakan kebutuhan yang sangat esensial bagi makhluk hidup. Salah satu penyebab tercemarnya sumber air sumur adalah jaraknya dengan septic tank yang tidak memenuhi syarat. *Escherichia coli* (*E. coli*) adalah bakteri *coliform* yang secara normal terdapat dalam feses manusia/hewan. *E. coli* digunakan sebagai indikator baik tidaknya sumber

air untuk keperluan rumah tangga. Air yang tercemar feces dapat meningkatkan risiko penyakit infeksi salah satunya adalah diare. Sebuah studi menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara jarak sumur gali dengan septic tank/lubang penampungan kotoran dengan kandungan *E. coli* dalam air sumur gali di Kelurahan Tuminting, Kota Manado (Sapulete, 2013).

Dalam penelitian ini, 2 variabel walaupun tidak bermakna secara statistik menunjukkan efek protektif cukup tinggi untuk kejadian stunting yaitu variabel jenis kelamin anak (POR=0,33, 95% CI: 0,08-1,40), dan riwayat imunisasi dasar lengkap (POR=0,38, 95% CI: 0,09-1,61). Namun efek protektif yang terlihat dalam penelitian ini menunjukkan hal yang berkebalikan dengan teori. Hal ini dapat disebabkan oleh karena adanya bias seleksi yang terjadi yaitu subjek yang menderita stunting cenderung terekrut dalam penelitian ini, sehingga jumlah pembanding untuk kelompok yang tidak stunting menjadi tidak seimbang.

Dalam penelitian ini, anak dengan jenis kelamin laki-laki memiliki risiko stunting yang lebih rendah 0,33 kali (95% CI: 0,08-1,40) dibandingkan dengan perempuan. Walaupun nilai p tidak bermakna, namun berdasarkan nilai OR, hasil penelitian ini menunjukkan hal yang tidak sejalan dengan banyak penelitian yang menunjukkan bahwa risiko anak laki-laki untuk mengalami stunting lebih besar daripada anak perempuan. Hasil penelitian yang dilakukan di Dusun Teruman Desa Bantul Kabupaten Bantul tahun 2016 pada 108 balita dengan desain studi *cross sectional* dimana pada tahap bivariat, anak laki-laki berisiko 1,78 kali (95% CI:0,762-4,17) untuk mengalami stunting dibandingkan anak perempuan (Sulistyawati, 2018). Anak laki-laki memiliki kebutuhan gizi yang lebih besar daripada perempuan umumnya lebih aktif bermain di luar sehingga mudah berhubungan dengan lingkungan yang kotor membawanya pada risiko yang lebih tinggi untuk stunting (Fakhrina et al., 2020). Namun penelitian tentang determinan stunting pada balita di Indonesia dengan menggunakan data survei nasional menunjukkan bahwa risiko anak laki-laki untuk mengalami stunting hanya 1,11 kali (95% CI: 1,06-1,15) dibandingkan anak perempuan (Wicaksono & Harsanti, 2020).

Dalam penelitian ini, anak yang status imunisasinya tidak lengkap justru memiliki risiko stunting yang lebih rendah 0,38 kali (95% CI: 0,09-1,61) dibandingkan dengan anak yang status imunisasinya lengkap. Hasil penelitian pada balita suku anak dalam Desa Nyogan Kabupaten Jambi menunjukkan status imunisasi tidak lengkap berisiko lebih tinggi untuk stunting dibandingkan dengan status imunisasi lengkap (PR=1,88, 95% CI: 0,94-3,76) (Haris et al., 2019). Telah diketahui sejak lama bahwa infeksi dan malnutrisi merupakan kejadian yang saling *overlap* dan saling berinteraksi. Infeksi akan mendorong terjadinya malnutrisi melalui mekanisme turunya asupan nutrisi, gangguan penyerapan nutrisi. Sementara malnutrisi juga akan menurunkan kemampuan imunitas tubuh yang dapat melawan infeksi (Prendergast, 2015).

Penelitian ini belum dapat membuktikan adanya hubungan yang signifikan baik dalam hal nilai p maupun besarnya nilai POR pada 6 variabel karena nilai p yang tidak bermakna secara statistik dan nilai POR juga menunjukkan angka yang dekat dengan angka 1. Variabel tersebut adalah pengetahuan stunting ibu (POR=0,92, 95% CI: 0,21-4,04), usia ibu saat hamil (POR=1,32, 95% CI: 0,24-7,15), tinggi badan ibu saat hamil (POR=1,29, 95% CI: 0,24-6,94), berat badan lahir anak (POR=0,86, 95% CI: 0,19-3,83), riwayat ASI eksklusif (POR=0,86, 95% CI: 0,22-3,36), dan riwayat penyakit ISPA (POR=1,25, 95% CI: 0,33-4,72).

Ibu yang masih berusia muda ketika melahirkan, akan meningkatkan risiko stunting pada anak karena cenderung kurang berdaya untuk menjamin kecukupan gizi anak, tubuh mereka yang sedang dalam masa pertumbuhan juga bersaing dengan perkembangan janin yang dikandungnya, tidak siap secara psikologis untuk menyusui bayi, sehingga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak (Wemakor et al., 2018).

Ibu yang pendek (<145 cm) dikaitkan dengan *small for gestational age* (SGA) atau restriksi pertumbuhan janin, yang selanjutnya akan meningkatkan risiko gagal tumbuh pada dua tahun pertama kehidupannya termasuk berdampak pada stunting (Ahmed et al., 2012).

Praktik pemberian ASI yang tidak eksklusif, dapat menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan terhambat karena asupan energi yang tidak memadai, kekurangan nutrisi dan tidak didapatkannya kekebalan pasif secara maksimal yang disediakan oleh ASI (Stewart et al., 2013).

Kondisi berat bayi lahir rendah meningkatkan risiko stunting karena sejak dalam kandungan telah mengalami retardasi pertumbuhan interuterin. Selanjutnya, sampai usia setelah dilahirkan, yaitu mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang lebih lambat dari bayi yang dilahirkan normal, dan sering gagal menyusul tingkat pertumbuhan yang seharusnya dia capai pada usianya setelah lahir (Fakhrina et al., 2020).

Selain diare, penyakit ISPA juga merupakan salah satu penyakit yang sering diderita balita di Indonesia. Balita yang terinfeksi oleh patogen penyebab infeksi akan menstimulasi respon imun. Stimulasi respon imun ini kemudian akan meningkatkan kebutuhan energi. Selain itu penyakit infeksi tersebut memberikan dampak negatif terhadap status gizi anak dalam hal mengurangi nafsu makan dan penyerapan zat gizi dalam usus, terjadi peningkatan katabolisme sehingga cadangan zat gizi yang tersedia tidak cukup untuk pembentukan jaringan tubuh dan pertumbuhan (Usman et al., 2021).

V. KESIMPULAN

Determinan stunting di wilayah Cinangka, Depok dipengaruhi oleh multi faktor. Risiko cukup tinggi terhadap kejadian stunting ditemukan pada variabel pendidikan ibu, pekerjaan ibu,

kepemilikan BPJS ibu, kepemilikan BPJS anak, panjang badan lahir anak, riwayat penyakit diare, serta jarak *septic tank* dan sumur. Petugas kesehatan diharapkan dapat melakukan evaluasi terkait kondisi rumah, kepemilikan BPJS ibu dan anak, serta aktif dalam melakukan upaya pencegahan stunting melalui peningkatan kapasitas calon ibu terkait gizi dan stunting. Selain itu, para calon ibu diharapkan dapat mempersiapkan gizi sebelum proses kehamilan berlangsung, sehingga saat menjalani masa kehamilan, janin dalam kandungan mendapatkan gizi yang cukup.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tim penulis mengucapkan terima kasih kepada Lembaga Pengabdian Pada Masyarakat (LPPM) Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta yang telah mendanai kegiatan penelitian ini sehingga terlaksana dengan baik, serta kepada posyandu-posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Cinangka, Kota Depok.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditri, F. (2021). *Strategi Implementasi Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat Dalam Intervensi Stunting Pada Masa Pandemi Covid-19*. Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018* (Vol. 53, Issue 9). Kementerian Kesehatan R.I.
- Budiastutik, I., & Nugraheni, S. A. (2018). Determinant of stunting in Indonesia: A review article. *Indonesian Journal of Healthcare Research*, 1(2), 43–49.
- Caulfield, L. E., Richard, S. A., Rivera, J. A., Musgrove, P., & Black, R. E. (2006). Stunting, wasting, and micronutrient deficiency disorders. *Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd Edition*.
- Juan, J., & Yang, H. (2022). Early life 1000 days: opportunities for preventing adult diseases. In *Chinese Medical Journal*.
- Ahasmi, L., Nugroho, H. W., & Salimo, H. (2020). Hubungan Kadar C-Reaktif Protein dengan Stunting Usia 2-5 Tahun di Pucangsawit, Surakarta. 22(132), 3–8.
- Ahmed, A. S., Ahmed, T., Roy, S. K., Alam, N., & Hossain, M. I. (2012). Determinants of Undernutrition in Children Under 2 years of Age From Rural Bangladesh. *Indian Pediatrics*, 49(10), 821–824. <https://doi.org/10.1007/s13312-012-0187-2>
- Arikunto. (2013). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta.
- Del Carmen Casanovas, M., Mangasaryan, N., Mwadime, R., Hajejbhoy, N., Aguilar, A. M., Kopp, C., Rico, L., Ibiatt, G., Andia, D., & Onyango, A. W. (2013). Multi-sectoral Interventions for Healthy Growth. *Maternal and Child Nutrition*, 9(S2), 46–57. <https://doi.org/10.1111/mcn.12082>
- Desma Simbolon. (2014). Pengaruh Kepemilikan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Terhadap Status Kelahiran dan Kejadian Stunting pada Baduta Indonesia (Analisis Data IFLS 1993-2007). *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 03(02), 55–65.
- Fakhrina, A., Nurani, N., & Triasih, R. (2020). Berat Badan lahir Rendah sebagai Faktor Risiko Stunted pada Anak Usia Sekolah. *Sari Pediatri*, 22(1), 18–23. <https://doi.org/10.33096/wom.vi.11>
- Haris, A., Fitri, A., & Kalsum, U. (2019). Determinan Kejadian Stunting dan Underweight pada Balita Suku Anak Dalam di Desa Nyogan Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2019. *Jurnal Kesmas Jambi*, 3(1), 41–53.
- Karima, U. Q., Herbawani, C. K., & Puspita, I. D. (2021). *Pengaruh Praktik Pemberian ASI Terhadap Risiko Stunting di Indonesia : Studi Literatur. November 2020*. <https://doi.org/10.20527/dk.v9i1.9499>
- Kemenkes. (2018). RISKESDAS 2018 dalam angka, Indonesia. In *Laporan Riskesdas Nasional 2018*.

- Maulidah, W. B., Rohmawati, N., & Sulistiyani, S. (2019). Faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita di Desa Panduman Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. *Ilmu Gizi Indonesia*, 2(2), 89. <https://doi.org/10.35842/ilgi.v2i2.87>
- Millward, D. J. (2017). Nutrition, infection and stunting: the roles of deficiencies of individual nutrients and foods, and of inflammation, as determinants of reduced linear growth of children. *Nutrition Research Reviews*, 30, 50–72.
- Prendergast, A. J. (2015). Malnutrition and vaccination in developing countries. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1671). <https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0141>
- Pusporeni, L., & Wardhani, S. (2017). Program Kemitraan Masyarakat Pemberdayaan Ibu Dalam Pengentasan Picky Eater Sebagai Salah Satu Faktor Risiko Stunting Pada Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukmajaya Kota Depok. *Prosiding Seminar Hasil Pengabdian Kepada Masyarakat*, 9, 2–7.
- Sapulete, M. R. (2013). Hubungan Antara Jarak Septic Tank Ke Sumur Gali Dan Kandungan Escherichia Coli Dalam Air Sumur Gali Di Kelurahan Tuminting Kecamatan Tuminting Kota Manado. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 2(3), 179–186. <https://doi.org/10.35790/jbm.2.3.2010.1197>
- Stewart, C. P., Iannotti, L., Dewey, K. G., Michaelsen, K. F., & Onyango, A. W. (2013). Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal and Child Nutrition*, 9(S2), 27–45. <https://doi.org/10.1111/mcn.12088>
- Sulistyawati, A. (2018). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 5(1), 21–23. <https://doi.org/10.53801/oajjhs.v1i3.23>
- Sultana, P., Rahman, M. M., & Akter, J. (2019). Correlates of stunting among under-five children in Bangladesh: A multilevel approach. *BMC Nutrition*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40795-019-0304-9>
- UNICEF, WHO, & World Bank Group. (2019). *Levels and Trends in Child Malnutrition UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates*. <https://doi.org/10.18356/6ef1e09a-en>
- Usman, S., Salma, W. O., & Asriati. (2021). Eavaluasi Kejadian Stunting pada Balita yang Memiliki Riwayat Diare dan ISPA di Puskesmas Rumbia. *Jurnal Ilmiah Obsgin*, 13(3), 11–19.
- Utami, R. A., Setiawan, A., & Fitriyani, P. (2019). Identifying causal risk factors for stunting in children under five years of age in South Jakarta, Indonesia. *Enfermeria Clinica*, 29, 606–611. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.093>
- Wemakor, A., Garti, H., Azongo, T., Garti, H., & Atosona, A. (2018). Young maternal age is a risk factor for child undernutrition in Tamale Metropolis, Ghana. *BMC Research Notes*, 11(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3980-7>
- Wicaksono, F., & Harsanti, T. (2020). Determinants of stunted children in Indonesia: A multilevel analysis at the individual, household, and community levels. *Kesmas : National Public Health Journal*, 15(1), 48–53. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v15i1.2771>
- rnal (Vol. 135, Issue 05, pp. 516–518). Chinese Medical Journals Publishing House Co., Ltd. 42 Dongxi Xidajie
- Mosites, E., Dawson-Hahn, E., Walson, J., Rowhani-Rahbar, A., & Neuhouser, M. L. (2017). Piecing together the stunting puzzle: a framework for attributable factors of child stunting. *Paediatrics and International Child Health*, 37(3), 158–165.
- Nisa, L. S. (2018). Kebijakan penanggulangan stunting di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Pembangunan*, 13(2), 173–179.
- Organization, W. H. (2020). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital initiative: 2018 implementation guidance: frequently asked questions*.
- Unicef. (2021). Levels and trends in child malnutrition. Joint child malnutrition estimates. *UNIVED: New York, NY, USA*.