ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BALITA STUNTING DAN TANTANGAN PENCEGAHANNYA PADA MASA PANDEMI

by Nungky Wanodyatama Islami

Submission date: 08-May-2023 02:10AM (UTC+0700)
Submission ID: 2086661959
File name: AN_TANTANGAN_PENCEGAHANNYA_PADA_MASA_PANDEMI_Karta_Rahardja.pdf (526.94K)
Word count: 8457
Character count: 52148

KARTA RAHARJA 3(2) (2021); HAL 6-19

KARTA RAHARDJA

http://ejurnal.malangkab.go.id/index.php/kr

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BALITA STUNTING DAN TANTANGAN PENCEGAHANNYA PADA MASA PANDEMI

Nungky Wanodyatama Islami[1], Umu Khouroh[2]

[1]Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Kab Malang
Jl Panji No. 158 Kepanjen, Kab Malang

[2]Universitas Merdeka Malang
Jl Terusan Dieng 62-64 Kota Malang

Dikirim: 30/11/2021; Direvisi: 22/12/2021; Disetujui: 27/12/2021

Abstrak

Tujuan penelitian ini untuk melakukan identifikasi dan analisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap balita stunting, mengidentifikasi tantangan pencegahan *stunting* serta merumuskan program dan strategi pencegahan *stunting* masa pandemi COVID-19 di Kabupaten Malang. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan populasi keluarga yang mempunyai balita berusia 0-59 bulan di Kabupaten Malang. Peneliti melakukan pengiriman kuesioner kepada ibu yang mempunyai balita di 5 kecamatan di Kabupaten Malang yaitu Kecamatan Pakis, Bululawang, Karangploso, Pagak, dan Gondanglegi mewakili area Utara, Timur, Selatan, Barat, Tengah Kabupaten Malang sebanyak 150 sampel. Dari kuesioner yang terkumpul yang dapat dianalisis untuk kebutuhan penelitian sebanyak 122 sampel. Analisis data yang menggunakan analisis univariat untuk memberikan gambaran penyebab prevalensi stunting, analisis bivariate (chi-*square*) untuk mengetahui hubungan penyebab *stunting* dengan variabel *stunting* dan analisis multivariat (regresi logistik biner) untuk menganalisis hubungan variabel-variabel bebas dengan stunting. Hasil kajian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu, imunisasi dan pendapatan dengan status stunting. Hasil analisis multivariat memperlihatkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan, pekerjaan ibu dan sikap terhadap 1000 HPK berpengaruh signifikan terhadap status *stunting* di Kabupaten Malang. Temuan ini mendorong pemerintah Kabupaten Malang untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan di masa pandemi terutama terkait dengan layanan manajemen terpadu balita sakit, pemberian kalsium pada ibu hamil dan pemeriksaan kehamilan secara rutin.

Kata kunci: stunting, Demografi, Sosial-Ekonomi, Perilaku, Layanan Kesehatan

I. PENDAHULUAN

Malnutrisi pada anak (stunting, *wasting*, dan *overweight*) masih menjadi permasalahan kesehatan global termasuk di Indonesia. *Stunting* menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang berkontribusi terhadap sebagian besar beban penyakit dan mengakibatkan kematian dini yang sebenarnya dapat dicegah. *Stunting* adalah kondisi anak berusia dibawah lima tahun yang tinggi badannya tidak sebanding dengan umurnya (*World Health Organization* (WHO). *Stunting* atau kerdil/pendek merupakan kondisi gagal tumbuh yang terjadi pada balita karena infeksi berulang dan kekurangan gizi kronis terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kelahiran (HPK) (TNP2K, 2017). Anak digolongkan sebagai *stunting* jika tinggi badannya kurnag dari bawah minus 2 (dua) standar deviasi tinggi badan anak seusianya.

Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* pada balita. Beberapa penelitian menunjukkan *stunting* dipengaruhi

* **Korespondensi Penulis**
Telepon : +62 857-4636-7355
Surel : nungky.islami@gmail.com

© 2021 Nungky Wanodyatama Islami dan Umu Khouroh
Ciptaan disebarluaskan di bawah Lisensi Creative Commons Atribusi-NonKomersial-BerbagiSerupa 4.0 Internasional.

oleh pendapatan (Soetjiningsih & Gde Ranuh, 2013; Tiwari et al., 2014), pola asuh, ketersediaan konsumsi pangan, sosial ekonomi (Aritonang, 2012), tinggi badan orang tua (Anh et al., 2009; Nasikhah & Margawati, 2012; Ozaltin et al., 2010; Prendergast & Humphrey, 2014; A. Rahayu et al., 2015; Rannan-Eliya et al., 2013). Penelitian lainnya menyebutkan rendahnya pendidikan orang tua memberi risiko *stunting* pada balita (Chirande et al., 2015; Rannan-Eliya et al., 2013; Tiwari et al., 2014). Orang tua dengan pendidikan yang baik bisa menerima semua informasi terutama mengenai cara mengasuh anak, menjaga kesehatan anak, mendidik dan sebagainya (Andriani & Wirjatmadi, 2017; Soetjiningsih & Gde Ranuh, 2013; Trihono et al., 2015). Pemberian ASI sebelum usia 6 bulan dan terlalu dini memberi MP-ASI akan meningkatkan risiko *stunting* karena saluran pencernaan bayi belum sempurna sehingga lebih mudah terkena penyakit infeksi seperti diare dan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) (Meilyasari & Isnawati, 2014; L. S. Rahayu, 2011). Diare berkaitan dengan gagal tumbuh akibat malabsorbsi zat gizi. Jika kehilangan zat ini tidak diganti, akan menimbulkan malnutrisi, gagal tumbuh dehidrasi parah, dan bisa menyebabkan kematian (Dewey & Mayers, 2011; Meilyasari & Isnawati, 2014). Bayi yang tidak diberikan Air Susu Ibu (ASI) ekslusif juga berisiko secara signifikan mengalami *stunting* (Chirande et al., 2015). Pemberian ASI tidak ekslusif merupakan faktor dominan risiko penyebab anak mengalami *stunting* (Al-rahmad et al., 2013).

Secara lebih rinci kerangka penyebab masalah *stunting* di Indonesia terdiri dari penyebab langsung yang meliputi asupan gizi dan status kesehatan. Sedangkan penyebab tidak langsung meliputi ketahanan pangan, lingkungan sosial, lingkungan kesehatan dan lingkungan pemukiman (Bappenas, 2018; IFPRI, 2016). *Stunting* menjadi indikator kunci kesejahteraan anak dan merupakan indikator *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang sesuai dengan visi Indonesia 2045. WHO menyebutkan wilayah South-East Asia Tahun 2019 menjadi wilayah dengan prevalensi *stunting* tertinggi di dunia (31,9%) setelah Afrika (33,1%). Indonesia menjadi negara South-East Asia dengan prevalensi tertinggi keenam setelah Bhutan, Timor Leste, Maldives, Bangladesh, dan India, yaitu sebesar 36,4% (WHO, 2020).

Penurunan *stunting* merupakan salah satu target global *Sustainable Development Goals* (SDGs) serta global nutrition target 2025. Target SDGs adalah menghilangkan semua bentuk kekurangan gizi pada Tahun 2030. Global nutrition target 2025 mengharapkan terjadi penurunan jumlah anak balita yang *stunting* sebanyak 40%, *wasting* berkurang hingga kurang dari 5%, meningkatkan tingkat pemberian ASI eksklusif dalam 6 bulan pertama hingga minimal 50%, pengurangan anemia pada wanita usia reproduksi 50%, pengurangan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 30% dan tidak ada peningkatan kelebihan berat badan ketika kanak-kanak.

Stunting menjadi permasalahan yang serius karena menyebabkan anak rentan terhadap penyakit dan mengalami keterlambatan pertumbuhan fisik dan kognitif yang tentu berpengaruhi pada produktivitas dan kecerdasan anak di masa yang akan datang. *Stunting* akan mempengaruhi perkembangan reproduksi (Amaliah et al., 2012), pertumbuhan gigi atau karies gigi (Rahman et al., 2016). Dampak buruk yang timbul dari permasalahan *stunting* pada jangka pendek adalah tidak optimalnya perkembangan kognitif, verbal, dan motorik, meningkatnya kejadian kematian dan kesakitan, serta meningkatnya biaya kesehatan. Akibat buruk dalam jangka panjang turunnya kesehatan reproduksi, tidak optimalnya postur tubuh, meningkatkan resiko obesitas dan lainnya, kemampuan belajar menurun, serta rendahnya kualitas kerja yang berdampak pada turunnya produktivitas ekonomi (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Jika dibiarkan terus-menerus, kondisi ini berpengaruh pada kualitas sdm di masa mendatang.

Hasil integrasi Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) dan Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 2019 menunjukkan prevalensi *stunting* balita Indonesia tahun 2019 sebesar 27,67%. Angka ini jauh lebih rendah dibandingkan angka untuk tahun 2018 yang dihasilkan dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018 sebanyak 30,8%. Dengan mempertimbangkan turunnya angka prevalensi pada Tahun 2018 ke 2019, bukan tidak mungkin target 14% Tahun 2024 dapat tercapai. Namun kehadiran pandemi COVID-19 mengubah pols perilaku masyarakat termasuk di bidang kesehatan. Pandemi COVID-19 merusak nutrisi di penjuru dunia, terutama di negara berpendapatan rendah dan menengah dengan konsekuensi terburuk ditanggung oleh anak-anak kecil (United Nations, 2020). Strategi yang dilakukan untuk mengatasi COVID-19 termasuk pembatasan perdagangan menjaga jarak fisik, menutup sekolah, dan lockdown. Kondisi ini berdampak pada sistem pangan yang menyebabkan gangguan produksi, distribusi, dan penjualan makanan segar, bergizi, dan terjangkau, serta memaksa keluarga menggantungkan makanan pada alternatif miskin nutrisi. Sistem kesehatan yang genting dan gangguan respons kemanusiaan mengikis akses ke layanan nutrisi penting dan seringkali mengancam keselamatan jiwa (Roberton et al., 2020). Sistem perlindungan sosial di banyak negara berpendapatan

menengah ke bawah harus menahan beban yang berlebihan akibat banyaknya keluarga miskin yang harus berjuang untuk mendapatkan akses makanan dan layanan yang dibutuhkan dalam situasi penurunan perekonomian.

WHO memperkirakan Pandemi COVID-19 mendorong meningkatnya bentuk kekurangan gizi anak lainnya, antara lain stunting, defisiensi mikronutrien, dan kelebihan berat badan. Pada Tahun 2020, diperkirakan 149,2 juta anak balita mengalami stunting. Hampir dua pertiga dari anak-anak *stunting* di dunia terkonsentrasi di negara berpenghasilan menengah ke bawah. Prevalensi global *stunting* pada tahun 2020 adalah 22,0%. Pada tahun 2020 prevalensi *stunting* di indonesia 31,8% diatas prevalensi global dan prevalensi *stunting* wilayah asia tenggara sebesar 30,1% (WHO, 2021)

Kehadiran pandemi COVID-19 menjadikan penanganan *stunting* terhambat. Pandemi COVID-19, memunculkan seruan dari berbagai himpunan profesi kesehatan untuk meningkatkan akses dan layanan kesehatan ibu dan anak (Pranita, 2020). Seruan ini muncul dengan dilatarbelakangi data dari kementerian kesehatan yang menyebutkan turunnya kunjungan untuk memeriksa kehamilan dan pelayanan kesehatan bagi bayi, balita, dan anak serta banyaknya posyandu yang tutup selama pandemi COVID-19. Turunnya kunjungan ini khususnya layanan pada 1.000 HPK dikhawatirkan membawa dampak negatif terhadap pencapaian target pemerintah. Guna mencegah keterlambatan dan kegagalan untuk bertindak dalam menangani *stunting* yang akan memiliki konsekuensi jangka panjang yang menghancurkan bagi anak-anak, sumber daya manusia, dan ekonomi nasional, pemerintah mengeluarkan Perpres Nomor 72 Tahun 2021 tentang percepatan penurunan *stunting* mengingat Perpres Nomor 42 Tahun 2013 tentang gerakan nasional percepatan perbaikan gizi belum mampu mengakomodir terlaksananya penurunan *stunting* secara efektif.

Kabupaten Malang merupakan salah satu wilayah yang ditetapkan sebagai wilayah prioritas penanganan *stunting* sejak Tahun 2018. Hasil Riskesdas Tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi *stunting* Kabupaten Malang mencapai 31,74% (dibawah Provinsi Jawa Timur 32,81%) dengan komposisi sangat pendek 11,55% (dibawah Provinsi Jawa Timur 12,92%) dan pendek 20,19% (diatas Provinsi Jawa Timur 19,89%). Mengingat efek pandemi COVID-19 terhadap kesehatan cukup genting, bukan tidak mungkin tujuan penurunan angka *stunting* menjadi sulit untuk diwujudkan. Oleh karena penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi balita *stunting* di Kabupaten Malang pada masa pandemi COVID-19 ini dilakukan sekaligus mengetahui tantangan dalam pencegahannya. Tujuan utama dilaksanakannya kegiatan kajian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi balita *stunting* dan tantangan pencegahan *stunting* pada pada masa pandemi COVID-19 di Kabupaten Malang adalah: mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian balita stunting, mengidentifikasi tantangan pencegahan *stunting* pada masa pandemi COVID-19 serta merumuskan program dan strategi pencegahan *stunting* pada masa pandemi COVID-19 di Kabupaten Malang

II. METODE

Penelitian ini merupakan jenis penelitian dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain analisis deskriptif. Hal ini dikarenakan metodologi penelitian kuantitatif menguji teori yang melibatkan berbagai variabel, yang diukur dengan anga dan dianalisa dengan prosedur statistik.

Populasi penelitian ini keluarga yang memiliki Balita berusia 0-59 bulan di Kabupaten Malang. Ukuran sampel untuk analisis data statistik yang direkomendasikan adalah dalam kisaran 30-500 (Sekaran & Bougie, 2013), atau 100 atau lebih (Hair et al., 2017). Dengan demikian, ukuran sampel minimal 100 dianggap cukup untuk penelitian ini. Metode pengambilan sampel dengan metode purposive sampling. Secara total, dipilih dari 5 Kecamatan di Kabupaten Malang yaitu Kecamatan Pakis, Bululawang, Karangploso, Pagak, dan Gondanglegi mewakili area Utara, Timur, Selatan, Barat, Tengah Kabupaten Malang.

Peneliti melakukan pengiriman kuesioner langsung kepada ibu yang mempunyai balita. Di setiap kecamatan dipilih 30 rumah tangga sebagai sampel sehingga total sampel dari 5 kecamatan sebanyak 150 sampel. Dari kuesioner yang terkumpul yang dapat dianalisis untuk kebutuhan penelitian sebanyak 122 sampel. Informan kunci terkait dengan kebijakan dilakukan dengan memilih beberapa orang dari Dinas Terkait.

Metode analisis data menggunakan analisis univariat, bivariate dan multivariat. Analisis univariat dilakukan guna memberikan gambaran penyebab prevalensi *stunting* pada anak 0-59 bulan. Analisis bivariat chi-*square* dilakukan untuk menganalisis hubungan setiap variabel bebas dengan variabel *stunting* pada anak 0-59 bulan. Analisis multivariat dengan analisis regresi logistik biner untuk melihat pengaruh variabel bebas dengan status *stunting* pada anak 0–59 bulan.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Status Gizi Balita

Definisi *stunting* menurut (ACC/SCN, 2000) adalah indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) kurang dari -2 standar deviasi (-2 SD) yang berarti pendek dan *severe stunting* diartikan kurang dari -3 standar deviasi (-3 SD) atau sangat pendek. Hasil analisis dari 122 balita yang terkumpul menunjukkan jumlah balita yang memiliki status gizi sangat pendek (< -3 SD) sebesar, 13,1%, 24,6% pendek (-3 s.d. -2 SD), dan sisanya sebesar 62,7% masuk kategori normal (-2 s.d. 2 SD). Lebih lanjut, status gizi berdasarkan indeks TB/U terbagi dalam dua kelompok, yaitu status gizi normal dan status gizi *stunting* (gabungan *severe stunting* dan stunting). Balita *stunting* Kabupaten Malang sebagaimana dilaporkan dalam buku kesehatan Jawa Timur 2020 sebesar 12,7%. Angka ini menunjukkan *stunting* pada balita di Kabupaten Malang tetap menjadi permasalahan dibidang kesehatan, karena meskipun berada di bawah ketetapan ambang batas WHO sebesar 20%, angka prevalensi *stunting* di Kabupaten Malang diatas prevalensi *stunting* Jawa Timur keseluruhan yaitu sebesar 12,4% (Dinas Kesehatan, 2021). Tidak hanya di Kabupaten Malang, *stunting* masih menempati posisi utama permasalahan kesehatan di hampir seluruh Provinsi di Indonesia (USAID, 2010).

B. Hubungan Pendidikan Orang tua dengan Status *Stunting* di Kabupaten Malang

Hasil analisis univariat pendidikan ibu balita menunjukkan sebagian besar ibu balita tamat SMA/MA (51,6%), 27% tamat SMP/MTs, 8,2% Sarjana S1/S2, berpendidikan tamat SD ke bawah dan Diploma D1/D2/D3 masing-masing 6,6%. Demikian juga dengan pendidikan ayah balita terbanyak tamat SMA/MA (53,3%), 25,4% tamat SMP/MTs, 11,5% tamat SD ke bawah, 6,6% merupakan Sarjana S1/S2 dan 3,3% Diploma D1/D2/D3.

Tabel 1. Rekapitulasi Analisis Bivariat Hubungan Antar Variabel

Keterangan	Status				Total		OR (95% CI)	P Value
	Normal		*Stunting*					
	n	%	n	%	n	%		
Pendidikan Ibu								
Rendah (≤ SMP)	24	31.6	17	37.0	41	33.6	0,710	0,335
Sedang (SMA)	38	50.0	25	54.3	63	51.6	(0.406-1.241)	
Tinggi (PT)	14	18.4	4	8.7	18	14.8		
Pendidikan Ayah								
Rendah (≤ SMP)	26	34.2	19	41.3	45	36.9	0,796	0,727
Sedang (SMA)	42	55.3	23	50.0	65	53.3	(0.441-1.435)	
Tinggi (PT)	8	10.5	4	8.7	12	9.8		
Pekerjaan Ibu								
Tidak Bekerja	45	59.2	37	80.4	82	67.2	2,832	
Bekerja	31	40.8	9	19.6	40	32.8	(1.198-6.694)	0,016
Pekerjaan Ayah								
Jasa	19	25.0	9	19.6	28	23.0	0,908	
Pegawai Negeri	1	1.3	0	0.0	1	0.8	(0.658-1.252)	0,731
Pegawai Swasta	25	32.9	18	39.1	43	35.2		
Wiraswasta	31	40.8	19	41.3	50	41.0		
Pendapatan								
Rendah (< UMK)	58	76.3	41	89.1	99	81.1	2,545	0,079
Tinggi (≥ UMK)	18	23.7	5	10.9	23	19.9	(0,874-7.408)	
Usia								
0-23 bulan	33	43.4	14	30.4	47	38.5	1,662	0,197
24-59 bulan	43	56.6	32	69.6	75	61.6	(0.765-3.661)	
Jenis Kelamin								
Perempuan	39	51.3	27	58.7	66	54.1	0,742	0,428
Laki-laki	37	48.7	19	41.3	56	45.9	(0,354-1.554)	
Berat Lahir								
BBLR < 2.500 gram)	10	13.2	9	19.6	19	15.6	1,605	0,344
Normal(≥2500 gram)	66	86.8	37	80.4	103	84.4	(0,599-4.305)	
Penyakit Infeksi								
Tidak Sakit	69	90.8	43	93.5	112	91.8	0,448	0,319
Sakit	7	9.2	3	6.5	10	8.2	(0.089-2.256)	
Pemberian ASI Eksklusif								
Tidak ASI Eksklusif	14	18.4	6	13.0	20	16.4	0,664	0,437
ASI Eksklusif	62	81.5	40	77.0	102	83.6	(0.236-1.871)	
Cakupan Imunisasi								
Tidak Lengkap	6	7.9	0	0.0	6	4.9	0,000	
Lengkap	70	92.1	46	100.0	116	95.1		0,051

Analisis bivariat untuk pendidikan orang tua dikelompokkan menjadi tiga, yaitu pendidikan rendah, menengah, dan tinggi. Pendidikan orangtua dikatakan tinggi apabila pendidikan terakhir orangtua adalah lulus perguruan tinggi, sedang apabila tamat SMA dan rendah apabila lulus SMP atau dibawahnya. Tabel 1 menunjukkan bahwa 51,6% ibu balita berpendidikan menengah, 33,6% berpendidikan rendah, dan 14,8% berpendidikan tinggi. Sebagian besar ayah balita berpendidikan menengah (53,3%), pendidikan rendah 36,9%, serta berpendidikan tinggi 9,8%.

Tabel 1 juga memperlihatkan proporsi ibu yang memilik balita *stunting* terbanyak berpendidikan menengah 54,3%, pendidikan rendah memiliki balita *stunting* sebesar 37%, dan ibu dengan pendidikan tinggi memiliki balita *stunting* sebesar 8,7%. Demikian juga proporsi ayah berpendidikan menengah memiliki balita *stunting* 50,0%, berpendidikan rendah 41,3%, dan aya dengan pendidikan tinggi 9,8%.

Hasil pengujian hubungan pendidikan ibu dengan status *stunting* didapatkan nilai p = 0,727 (p > 0,05), sedangkan untuk ayah menghasilkan nilai p = 0,335 (p > 0,05), sehingga ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan orangtua dengan status *stunting* balita di Kabupaten Malang. Hasil ini sejalan dengan penelitian (Mentari & Hermansyah, 2019; Wanimbo & Wartiningsih, 2020) dan kontradiktif dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa pendidikan orang tua menjadi penentu yang signifikan terhadap *stunting* pada balita (Chirande et al., 2015; El Taguri et al., 2009; Rannan-Eliya et al., 2013; Semba et al., 2008; Tiwari et al., 2014). Balita *stunting* lebih tinggi cenderung terjadi pada orang tua dengan pendidikan rendah (Lestari et al., 2018; Semba et al., 2008). Pendidikan tinggi yang dimiliki ayah cerminan penghasilan yang lebih baik sehingga lebih perhatian pada gizi anak. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi lebih luas wawasannya terkait praktik merawat anak. Keluarga dengan pendidikan tinggi hidup dengan keluarga kecil, rumah layak, akses yang lebih baik ke layanan kesehatan, dan pandai dalam menjaga kebersihan lingkungan (El Taguri et al., 2009).

Senbanjo et al. (2011) menjelaskan ibu dengan pendidikan lebih tinggi dapat mengambil keputusan terkait peningkatan kesehatan dan gizi anaknya. Mereka akan menyekolahkan

anak-anaknya guna memutus rantai kebodohan, dan berupaya semaksimal mungkin untuk memberikan ASI yang cukup, imunisasi dan lainnya sehingga pendidikan menjadi langkah yang bermanfaat untuk mengurangi stunting. Fakta bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan orang tua pada balita *stunting* dan normal dikarenakan sebagian besar pendidikan orang tua balita baik yang *stunting* maupun normal adalah berpendidikan menengah. Kondisi ini memperlihatkan bahwa pendidikan yang cukup tinggi tidak menjamin status gizi balita baik. Banyak faktor yang mempengaruhi terutama dari aspek pendapatan dan kesadaran akan status gizi balita

C. Hubungan Pekerjaan Orang Tua dengan Status *Stunting* di Kabupaten Malang

Hasil analisis univariat menunjukkan 67,2% ibu balita tidak bekerja, 14,8% bekerja sebagai pegawai swasta, 8,2% berdagang/ wiraswasta, 7,4% bekerja sektor lainnya, 1,6% bekerja sebagai PNS dan 0,8% bekerja sebagai buruh cuci. Sedangkan pekerjaan ayah balita yaitu 23% bekerja dibidang jasa, 0,8% merupakan PNS/TNI/POLRI, 35,2% pegawai swasta, 21,3% berdagang/ wiraswasta, dan lainnya/petani 19,7%.

Untuk analisis bivariat pekerjaan ibu dikelompokkan menjadi dua, yaitu bekerja dan tidak bekerja. Tabel 1 menunjukkan 32,8% ibu balita bekerja dan 67,2% tidak bekerja. Sedangkan, pekerjaan ayah dikelompokkan menjadi tiga, yaitu jasa, pegawai negeri, dan pegawai swasta (gabungan wiraswasta, pegawai swasta dan lainnya). Tabel 1 memperlihatkan mayoritas pekerjaan ayah balita adalah pegawai swasta 35,2%, 23% bekerja disektor jasa, dan sisanya 41% bekerja sebagai wiraswasta dan lainnya. Proporsi ibu yang bekerja yang memiliki balita *stunting* lebih rendah yaitu 59,2% dibanding ibu yang tidak bekerja sebesar 80,4%. Proporsi ayah yang bekerja sebagai pegawai swasta memiliki balita stunitng sebesar 39,1%, dibidang jasa sebesar 19,6%, wiraswasta sebesar 41,3%.

Hasil uji statistik hubungan pekerjaan ayah dengan balita *stunting* didapatkan nilai p = 0,731> 0,05, sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pekerjaan ayah status *stunting* balita di Kabupaten Malang. Hasil analisis menunjukkan bahwa pendapatan yang diperoleh antar ayah balita *stunting* dan normal tidak jauh berbeda dan sebagian besar dibawah UMK sehingga tidak cukup berdampak pada pendapatan keluarga. Pendapatan terkait dengan daya beli terhadap makanan dan barang lain yang bermanfaat untuk kesehatan (Aerts et al., 2004; Soetjiningsih & Gde Ranuh, 2013; Tiwari et al., 2014). Hasil penelitian ini kontradiktif dengan temuan yang menjelaskan terdapat hubungan antara pekerjaan ayah dengan kejadian *severe stunting* balita (Ramli et al., 2009).

Sebaliknya uji statistik mengenai hubungan pekerjaan ibu dengan balita *stunting* didapatkan nilai p = 0,016<0,05, sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu dengan status *stunting* balita di Kabupaten Malang. Nilai OR (*Odds Ratio*) yang didapatkan sebesar 2,832 (95% CI: 1,198 – 6,694), yang berarti ibu yang tidak bekerja berpeluang 2,832 kali memiliki balita *stunting* dibanding ibu yang bekerja. Penelitian sebelumnya menunjukkan hasil yang serupa dengan temuan ini (Fauzia et al., 2019; Wanimbo & Wartiningsih, 2020). Balita *stunting* cenderung terjadi pada ibu yang tidak bekerja dibandingkan pada ibu yang bekerja.

Pekerjaan ibu berhubungan dengan pola asuh anak dan pendapatan. Ibu bekerja membantu menambah pendapatan keluarga dan faktor penting dalam menentukan kualitas dan kuantitas pangan (Suhardjo, 1989). Namun ibu yang bekerja menjadikan anak terabaikan, karena pengasuh adalah tempat bergantung anak (Lestari et al., 2018). Kejadian balita *stunting* di Kabupaten Malang lebih banyak terjadi pada ibu yang tidak bekerja karena perekonomian keluarga cenderung rendah. Walaupun ibu balita yang tidak bekerja memiliki waktu lebih banyak untuk mengasuh balita, namun jika tidak dibarengi dengan pendapatan yang tinggi untuk memenuhi kebutuhan balita, keberadaanya tidak berpengaruh banyak terhadap status gizi balita.

D. Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Status *Stunting* di Kabupaten Malang

Pendapatan keluarga dalam penelitian ini diukur dengan Upah Minimum Kabupaten (UMK) Malang pada Tahun 2021 sebesar Rp 3.068.275,- yang dibedakan menjadi dua tinggi jika diatas UMK dan rendah jika dibawah UMK. Berdasarkan pendapatan jumlah keluarga dengan status ekonomi rendah sebanyak 81,1% dan tinggi 18,9%. Tabel 1 menunjukkan status *stunting* balita lebih banyak terjadi pada keluarga dengan pendapatan rendah yaitu sebesar 95,7%.

Hasil uji statistik mengenai hubungan pendapatan dengan status *stunting* didapatkan nilai p = 0,079>0,05, sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga dengan status *stunting* balita. Namun yang perlu menjadi perhatian bahwa hubungan ini bermakna jika alpha 0.1 dan didapatkan nilai OR (*Odds Ratio*) sebesar 2,545 (95% CI: 0,874 – 7,408) yang berarti keluarga yang berpendapatan rendah

berpeluang 2,545 kali memiliki balita *stunting* dibanding keluarga berpendapatan tinggi. Penelitian sebelumnya menunjukkan status ekonomi rumah tangga yang dibawah rata-rata berpeluang lebih besar memiliki balita *stunting* (47,3%) dibanding status ekonomi tinggi 34,5% (Ramli et al., 2009). Secara statistik, pendapatan keluarga, pada kelompok anak normal lebih tinggi dibanding dengan pendapatan keluarga pada kelompok anak stunting. Pendapatan keluarga dapat mempengaruhi status gizi anak, karena keluarga dengan pendapatan tinggi bisa memperoleh aksesibilitas pendidikan, pelayanan umum, pelayanan kesehatan dan sebagainya dengan lebih baik yang memberi dampak positif pada status gizi balita (Bishwakarma, 2011).

E. Hubungan Usia Balita dengan Status *Stunting* di Kabupaten Malang

Tabel 1 menunjukkan sebagian besar keluarga memiliki balita berusia 24 – 49 bulan yaitu sebanyak 67,2%, dan sisanya 32,8% balita berusia 0-23 bulan. Proporsi balita usia 0 – 23 bulan dengan status gizi *stunting* sebesar 30,4%, sedangkan balita usia 25 – 60 bulan sebanyak 69,6%.

Uji statistik mengenai hubungan usia balita dengan status *stunting* didapatkan nilai p = 0,153> 0,05, sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan status *stunting* balita di Kabupaten Malang. Hal ini serupa dengan temuan Neldawati (2006). WHO (1986) dalam Gibson (2005) menyebutkan prevalensi *stunting* tertinggi terjadi pada umur 2 – 3 tahun. Pertambahan usia berhubungan dengan kejadian *stunting* pada anak. Prevalensi *stunting* akan naik di usia 3 bulan dan melambat di usia 3 tahun. Semakin bertambah usia semakin meningkat risiko *stunting* (Ramli et al., 2009; Semba et al., 2008). Bagi anak usia dibawah 2-3 tahun, tinggi badan menurut usia (TB/U) cerminan proses dari gagal tumbuh/ stunting, sedangkan untuk kelompok anak yang lebih tua, status gizi indeks TB/U cerminan kondisi telah gagal tumbuh atau sudah *stunting* (de Onis, 2001).

F. Hubungan Jenis Kelamin Balita dengan Status *Stunting* di Kabupaten Malang

Tabel 1 menunjukkan mayoritas responden adalah balita perempuan yaitu sebanyak 54,1% dan sisanya 45,9% balita laki-laki. Pada Proporsi balita perempuan *stunting* lebih besar yaitu 58,7% dibanding balita laki-laki 41.3%. Uji statistik mengenai hubungan jenis kelamin dengan status *stunting* balita didapatkan nilai p = 0,283> 0,05, sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan status *stunting* balita. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan status *stunting* balita (Lourenço et al., 2012; Medhin et al., 2010; Nojoumi et al., 2004; Ramli et al., 2009). Meskipun tidak terdapat hubungan yang signifikan, status *stunting* di Kabupaten Malang banyak diderita oleh balita perempuan. Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan temuan Ramli et al. (2009) yang menyatakan balita perempuan memiliki kemampuan lebih tinggi dalam bertahan hidup dibanding balita laki-laki Ada keyakinan bahwa anak laki-laki mendapatkan tekanan lingkungan lebih tinggi dibanding perempuan (Hien & Kam, 2008).

G. Hubungan Berat Lahir Balita dengan Status *Stunting* di Kabupaten Malang

Tabel 1 menunjukkan mayoritas balita lahir dengan berat badan normal (≥ 2500 gram) yaitu 84,4% dan yang Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (< 2500 gram) 15,6%. Angka tersebut diatas BBLR Kabupaten Malang Tahun 2019 sebesar 3,7% (Dinas Kesehatan, 2020). Proporsi balita dengan BBLR lebih tinggi pada balita *stunting* yaitu 19.6% dibanding balita normal 13,2%. Hal serupa juga ditemukan *Aerts et al*. (2004) yang menyebutkan balita *stunting* lebih banyak terjadi pada balita BBLR (18,8%) dibanding berat lahir ≥ 2500 gram (5,4%).

Tabel 1 memperlihatkan hasil uji statistik mengenai hubungan berat lahir balita dengan status *stunting* dan didapatkan nilai p = 0,344>0,05, sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara berat lahir dengan kejadian *stunting* pada balita di Kabupaten Malang. Hasil penelitian ini, bertolak belakang dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan ada hubungan antara berat lahir rendah dengan kejadian *stunting* (Medhin et al., 2010; Nojoumi et al., 2004; Semba et al., 2008). Efek berat lahir rendah terhadap kesehatan anak sangat relevan dengan kelangsungan hidup balita (El Taguri et al., 2009). Balita dengan BBLR memiliki risiko *stunting* 5,6 kali dibanding balita dengan berat lahir≥2500 gram (Hien & Kam, 2008).

BBLR akan berdampak pada antropometri yang kurang ketika dewasa (Semba et al., 2008). Ibu yang selama kehamilan mengalami gizi kurang akan melahirkan BBLR, yang selanjutnya menjadi anak stunting. BBLR yang dibarengi konsumsi makanan yang tidak memadai, layanan kesehatan kurang layak, dan terjadinya infeksi menjadi penyebab keterlambatan pertumbuhan dan *stunting* (ACC/SCN, 2000).

H. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Status *Stunting* di Kabupaten Malang

Balita yang mulai mendapatkan makanan-minuman tambahan selain ASI setelah usia 6 bulan dikatakan menerima ASI Eksklusif. Tabel 1 menunjukkan balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif sebanyak 16,4% dan sisanya 83,6% balita mendapatkan ASI Eksklusif. Proporsi balita *stunting* yang tidak mendapatkan ASI eksklusif lebih sedikit yaitu 21.7% dibanding balita normal yaitu sebesar 34,2%. Hampir semua ibu memberikan kolostrum kepada balitanya (94,3%). Terdapat 28,7% ibu yang memberi balita pada 3 hari pertama setelah lahir minuman-makanan selain ASI, sehingga menyebabkan gagalnya pemberian ASI eksklusif. Balita menerima ASI rata-rata sampai usia 20 bulan. Balita yang berhenti mendapatkan ASI paling muda berusia 0 bulan dan paling tua berusia 42 bulan. Makanan-minuman yang sering didapatkan balita saat 3 hari pertama setelah lahir adalah susu formula, lainnya diberi air tajin air putih, air gula, susu kental manis, dan madu. Orang tua adalah orang yang paling banyak memberikan anjuran untuk memberi bayi makanan-minuman selain ASI lainnya petugas kesehatan bidan, dokter, atau perawat. Alasan diberikan makanan-minuman tambahan adalah ASI yang tidak/belum keluar, tidak cukup, bayi tidak mau, ibu sakit, bayi menangis terus, nasehat orang tua atau petugas kesehatan dan lain-lain.

Hasil pengujian statistik mengenai hubungan pemberian ASI eksklusif dengan status *stunting* didapatkan nilai p = 0,437>0,05, sehingga dapat ditarik kesimpulan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian ASI Eksklusif dengan status *stunting* balita di Kabupaten Malang. Hasil serupa juga ditemukan oleh Nojoumi et al. (2004). Namun temuan Hien & Kam (2008) menyebutkan risiko *stunting* 3,7 kali lebih besar terjadi pada balita yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif dibanding yang mendapatkan ASI Eksklusif.

ASI sangat dibutuhkan oleh mayoritas bayi untuk bertahan hidup dan tumbuh sebagai sumber protein berkualitas. ASI juga memberi manfaat untuk mengurangi diare dan penyakit lainya serta, meningkatkan imunitas. ASI memberi dampak terhadap status gizi secara tidak langsung. Kurangnya ASI dan pemberian MP-ASI sejak dini menjadikan risiko *stunting* semakin tinggi (Adair & Guilkey, 1997). Pemberian ASI juga menurunkan konsumsi MP-ASI yang punya potensi terkontaminasi patogen. Jika tidak memberi MP-ASI yang sesuai, anak tidak mendapatkan kalori cukup sehingga menyebabkan gizi buruk, perkembangan terlambat, dan pertumbuhan mengalami retardasi (Bogin, 2020).

I. Hubungan Status Infeksi dengan Status *Stunting* di Kabupaten Malang

Penyakit infeksi menjadi salah satu faktor yang menyebabkan balita *stunting* selain konsumsi makanan. Penelitian ini mengkategorikan balita tidak sakit jika dalam satu bulan terakhir tidak menderita sakit ISPA dan/atau diare dan dikatakan sakit jika 1 bulan terakhir menderita sakit ISPA dan/atau diare. Tabel 1 menunjukkan bahwa hanya 8,2% balita yang sakit seperti demam, batuk, pilek dan diare dalam 1 bulan terakhir. Proporsi balita *stunting* yang pernah menderita penyakit infeksi dalam satu bulan terakhir hanya 6,5%.

Hasil uji statistik mengenai hubungan infeksi dengan status *stunting* didapatkan nilai p = 0,600>0.05, sehingga dapat ditarik kesimpulan tidak ada hubungan yang signifikan antara penyakit infeksi dengan status *stunting* balita. Temuan ini mendukung temuan (Hien & Kam, 2008; Janevic et al., 2010). Hasil ini berbeda dengan penelitian lainnya yang menunjukan hubungan positif signifikan antara infeksi dengan indeks status gizi TB/U (El Taguri et al., 2009). Hasil ini berbeda dengan temuan yang menyebutkan ada interaksi resiprocal antara infeksi dan status gizi. Malnutrisi menyebabkan risiko infeksi meningkat dan infeksi menyebabkan malnutrisi. Anak yang kurang gizi mempunyai daya tahan penyakit yang rendah, gampang jatuh sakit dan kurang gizi sehingga menurunkan kemampuannya melawan penyakit (Maxwell, 2011).

Tidak adanya hubungan yang signifikan antara infeksi dengan status *stunting* balita di Kabupaten Malang dikarenakan penyakit infeksi yang diteliti hanya pada satu bulan terakhir, yang tentu belum bisa menjadi representasi menderita penyakit infeksi selama hidupnya. Jika dilihat riwayat penyakit balita, sebagian besar mengalami penyakit ringan seperti demam, batuk dan pilek. *stunting* sendiri adalah hasil jangka panjang dari kombinasi penyakit infeksi, morbiditas dan masalah lingkungan dengan diet berkualitas rendah (Semba et al., 2008).

J. Hubungan Imunisasi dengan Status *Stunting* di Kabupaten Malang

Status imunisasi balita dilihat dari lengkap tidaknya imunisasi pada balita. Tabel 1 memperlihatkan 95,1% balita memiliki status imunisasi lengkap. Proporsi balita *stunting* yang menerima imunisasi lengkap 100% sedangkan balita normal mendapatkan imunisasi lengkap sebesar 92.1%. Proporsi anak

yang tidak mendapatkan imunisasi dalam semua jenis malnutrisi, lebih tinggi dibanding yang diimunisasi, terutama imunisasi campak, karena ketika terinfeksi campak, anak beresiko terinfeksi penyakit lain seperti diare yang berakibat anak kekurangan gizi (Nojoumi et al., 2004).

Uji statistik mengenai hubungan imunisasi dengan status *stunting* didapatkan nilai p = 0,051> 0,05, sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara imunisasi dengan status *stunting* balita di Kabupaten Malang. P *value* ini signifikan pada alpha 0.1. Hasil penelitian ini senada dengan temuan yang menyebutkan imunisasi mempunyai hubungan yang signifikan dengan indeks status gizi TB/U. (El Taguri et al., 2009).

Pemberian imunisasi bertujuan untuk menurunkan risiko mortalitas dan mordibitas anak akibat penyakit yang bisa dicegah dengan imunisasi. Imunisasi merupakan salah satu indikator kontak dengan layanan kesehatan yang diharapkan membantu perbaikan gizi, sehingga memberi dampak positif pada status gizi jangka panjang (Yimer, 2000).

K. Pengaruh Variabel Demografi, sosial-ekonomi, perilaku dan akses layanan kesehatan terhadap Status *Stunting* Balita di Kabupaten Malang.

Hasil pemodelan akhir yang digunakan untuk menguji pengaruh variabel demografi, sosial-ekonomi, perilaku dan akses layanan kesehatan terhadap status *stunting* balita di Kabupaten Malang diperoleh bahwa model yang terbentuk dinyatakan layak karena memenuhi kemaknaan model yang dilihat dari nilai omnibus test (p=0.001).

Tabel 2. Hasil Uji Pengaruh Variabel Independen dengan Status Stunting

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B) Lower	Upper
Step 1	Pendidikan_Ayah	-.530	.367	2.089	1	.148	.589	.287	1.208
	PekerjaanIbu	-.960	.477	4.053	1	.044	.383	.150	.975
	UsiaBalita	.623	.478	1.700	1	.192	1.864	.731	4.755
	Imunisasi	-20.478	15407.236	.000	1	.999	.000	.000	.
	Akses_Layanan Kesehatan	.212	.100	4.468	1	.035	1.236	1.016	1.504
	Perilaku_Kadarsih	-.338	.284	1.418	1	.234	.713	.409	1.244
	Sosial_Budaya	.411	.287	2.051	1	.152	1.508	.859	2.647
	Sikap_1000HPK	-.081	.046	3.113	1	.078	.923	.844	1.009
	Constant	-.556	3.661	.023	1	.879	.573		

Berdasarkan model tersebut variabel yang berpengaruh signifikan dengan status *stunting* pada balita di Kabupaten Malang adalah akses terhadap layanan kesehatan dan pekerjaan ibu (p *value* < 0.05) serta sikap terhadap 1000-HPK (p *value*<0.1) dengan dikontrol oleh variabel counfounding imunisasi.

Hasil Nagerkerke R *Square* diperoleh nilai 0.268 artinya variabel independen dalam model mampu menjelaskan kejadian *stunting* pada balita sebesar 26,8%. Variabel yang dominan berpengaruh pada *stunting* adalah akses terhadap layanan kesehatan dengan OR=1,236 (95% CI OR: 1.016-1.504) artinnya keluarga yang tidak mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan secara lengkap lebih beresiko mempunyai balita *stunting* 1,24 kali dibanding dengan keluarga yang mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan.

Tabel 3. Hasil Uji Pengaruh Variabel Akses Layanan Kesehatan dengan Status Stunting

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B) Lower	Upper
Step 1[a]	PMT_IbuHamil	-.926	.766	1.464	1	.226	.396	.088	1.776
	PMT_Balita	.135	.685	.039	1	.844	1.144	.299	4.383
	TTD	-.041	1.083	.001	1	.970	.960	.115	8.011
	Konseling_ASIEksklusif	.037	.717	.003	1	.959	1.038	.254	4.235
	PMBA	.380	.779	.238	1	.625	1.463	.318	6.728
	PMT_PemulihanGizi	-.501	.556	.812	1	.367	.606	.204	1.801
	KMS_TertiPenuh	.807	.996	.657	1	.418	2.242	.318	15.803
	Kalsium_IbuHamil	2.071	.917	5.103	1	.024	7.936	1.315	47.883
	VitA_Ibu	-.160	.792	.041	1	.840	.852	.181	4.024
	VitA_Balita	-22.061	10610.618	.000	1	.998	.000	.000	.
	Taburia	-1.076	.609	3.129	1	.077	.341	.103	1.123
	Zinc	-.193	.583	.109	1	.741	.825	.263	2.586
	KIA	2.733	1.283	4.533	1	.033	15.373	1.242	190.221
	Tetanus	.219	.606	.131	1	.717	1.245	.380	4.081
	MTBS_M	2.070	.735	7.935	1	.005	7.926	1.877	33.466
	Constant	15.051	10610.618	.000	1	.999	3438362.783		

a. Variable(s) entered on step 1: PMT_IbuHamil, PMT_Balita, TTD, Konseling_ASIEksklusif, PMBA, PMT_PemulihanGizi, KMS_TertiPenuh, Kalsium_IbuHamil, VitA_Ibu, VitA_Balita, Taburia, Zinc, KIA, Tetanus, MTBS_M.

Hasil uji pengaruh variabel akses terhadap layanan kesehatan yang meliputi PMT ibu hamil, PMT balita, pemberian Tablet Tambah Darah, konseling ASI eksklusif, konseling pemberian makanan bayi dan anak, perawatan dan PMT untuk pemulihan gizi, pemantauan perkembangan anak secara rutin, pemberian suplemen kalsium ibu hamil, VIT A ibu melahirkan, VIT A balita, suplemen taburia, suplemen zinc, pemeriksaan kehamilan secara rutin (KIA), imunisasi tetanus dan layanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) diperoleh hasil bahwa yang berpengaruh signifikan adalah pemberian suplemen kalsium ibu hamil, pemeriksaan kehamilan secara rutin (KIA) dan layanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dengan dikontrol oleh variabel counfounding pemberian VIT A balita.

Variabel yang dominan berpengaruh pada *stunting* dari aspek akses terhadap layanan kesehatan adalah layanan MTBS dengan OR=7,926 (95% CI OR: 1.877-33.466) artinya keluarga yang tidak mendapatkan akses terhadap layanan MTBS lebih beresiko mempunyai balita *stunting* 8 kali dibanding dengan keluarga yang mendapatkan akses MTBS.

Tabel 4. Akses terhadap layanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTB)

MTBS	Normal		stunting		Total	
Ya	24	31.6%	6	13.0%	30	24.6%
Tidak	52	68.4%	40	87.0%	92	75.4%
	76		46		112	

Proporsi balita *stunting* yang diberi menerima layanan MTBS hanya 13% dibandingkan dengan balita yang normal diberi mendapatkan layanan MTBS sebesar 31.6%. Proporsi Selanjutnya nilai OR pemberian kalsium ibu hamil sebesar 7,936 (95% CI OR: 1.315-47.883) artinya ibu hamil yang tidak mendapatkan suplemen kalsium lebih beresiko mempunyai balita *stunting* 8 kali dibanding dengan ibu yang mendapatkan suplemen kalsium. Proporsi balita *stunting* yang diberi ibunya mendapatkan suplemen kalsium ibu hamil sebesar 73,9% dibandingkan dengan balita yang normal yang ibunya mendapatkan suplemen kalsium ibu hamil yaitu sebesar 92.1%.

Tabel 5. Akses terhadap Kalsium Ibu Hamil

Kalsium	Normal		stunting		Total	
Ya	70	92.6%	34	73.9%	104	85.2%
Tidak	6	7.9%	12	26.1%	18	14.8%
	76		46		122	

Untuk pemeriksaan kehamilan secara rutin mempunyai nilai OR 15,373 (95% CI OR: 1.242-190.221) artinya ibu yang tidak rutin memeriksakan kehamilan lebih beresiko mempunyai balita *stunting* 15 kali dibanding dengan ibu yang secara rutin memeriksakan kehamilan.

Tabel 6. Pemeriksaan Kehamilan secara Rutin

Periksa Kehamilan	Normal		stunting		Total	
Ya	72	94.7%	41	89.1%	113	92.6%
Tidak	4	5.3%	5	10.9%	9	7.4%
	76		46		122	

Proporsi balita *stunting* yang ibunya memeriksakan kehamilan secara rutin sebesar 89,1% dibandingkan dengan balita yang normal yang ibunya memeriksakan kehamilan secara rutin sebesar 94.7%.

L. Tantangan dan Strategi Pencegahan *Stunting* di Masa Pandemi COVID-19

Pandemi COVID-19 telah merubah tatanan perilaku masyarakat. Pemberlakuan pembatasan dilakukan diberbagai sektor, termasuk dibidang kesehatan. Pandemi COVID-19 dikhawatirkan akan menambah angka stunting, karena abai terhadap pemenuhan gizi anak. Hal ini membuat penanganan *stunting* terhambat. Beberapa tantangan dan hambatan dalam pencegahan *stunting* di masa pandemi COVID-19 adalah sebagai berikut: 1) Meningkatnya angka pengangguran dan angka kemiskinan selama pandemi, menjadi sinyal kemungkinan angka *stunting* bisa ikut meningkat. Pengangguran dan tingkat kemiskinan yang naik memungkinkan penurunan konsumsi ibu hamil, anak-anak dan bayi, sehingga ada resiko BBLR yang menjadi tanda pertumbuhan organ fisik juga rendah; 2) terhambatnya pemantauan gizi/ surveilans pada bayi, balita dan ibu hamil. Pengukuran tidak dapat dilakukan, karena tidak semua rumah tangga punya alat ukur di rumah. Laporan hanya terbatas pada kesehatan anak. Karena pengukuran tidak dapat dilakukan sehingga tidak dapat dilakukan penginputan ke e-ppbgm, artinya statusnya sama dengan sebelum pandemi COVID-19, sedangkan pertumbuhan jalan terus, sehingga terjadi delay; 3) terlambatnya imunisasi kepada balita. Hasil kajian Kementerian Kesehatan (Kemenkes) pada Juni 2020 mengenai peran puskesmas dalam menangani wabah pada masa COVID-19 di Indonesia memperlihatkan 45,4% Puskesmas tidak melakukan kegiatan posyandu dan cakupan imunisasi di puskesmas menurun hingga 58,7%. Tidak adanya kegiatan di posyandu dan puskesmas menyebabkan pencatatan status gizi bayi dan balita juga terhenti; 4) Bantuan sosial yang diberikan banyak yang minim gizi dan mempunyai kadar gula yang tinggi; 5) Minimnya pemahaman seputar gizi anak yang berujung pada perilaku masyarakat yang tidak tepat seperti kebiasaan memberi makan anak dengan terlebih dulu dikunyah oleh orangtua sehingga zat gizinya sudah tidak ada; 6) Minimnya pemahaman tentang pentingnya penangangan *stunting* menjadikan fokus pemanfaatan dana desa yang tidak efektif. Banyak kepala desa yang mengalokasikan semua dana desa untuk infrastruktur dan mengabaikan anggaran untuk kesehatan. Pada masa pandemi kegiatan perangkat desa fokus mendata dan membagikan bantuan langsung tunai (BLT) dan vaksinasi sehingga abai terhadap penanganan stunting. Terkait stunting, pemerintah harus punya komitmen untuk mencegah *stunting* dengan mengalokasikan dana desa yang cukup untuk penanganan stunting; 7) Minimnya perhatian berbagai pihak, komitmen politik serta kemauan mengevaluasi program–program yang sudah dijalankan.

Selanjutnya untuk mengatasi tantangan dan hambatan terkait dengan pencegahan *stunting* di masa pandemi COVID-19 program yang perlu dan dapat dilakukan adalah: 1) Melaksanakan pencegahan *stunting* di posyandu yang sempat terhenti karena pandemi. Pada Bulan Mei, United Nations Children's Fund (UNICEF) dan Kemenkes mengeluarkan Tatalaksana

Pencegahan COVID-19 untuk Desa dan Pedoman Pelayanan Gizi Pada Masa Pandemi COVID-19. Pedoman dari kemenkes ini memperjelas tugas dan tanggung jawab layanan gizi. Dengan adanya pedoman dan tata laksana tersebut, kegiatan di posyandu digalakkan kembali. Beberapa poin yang ditetapkan kegiatan posyandu di masa pandemi diantaranya posyandu wajib menyediakan tempat cuci tangan dan sabun serta *handscrub*, kemudian harus memperhatikan jaga jarak aman minimal satu meter. Sementara itu, kelengkapan APD dari petugas seperti penggunaan masker maupun *face shield*, pakaian dekontaminasi atau *hazmat* juga harus dipenuhi. Sedangkan pengunjung yang hadir ke Posyandu diwajibkan untuk memakai masker; 2) Mengatur waktu pelaksanaan posyandu. Waktu kedatangan diatur agar tidak banyak yang berkumpul dan mencegah penularan. Peralatan seperti sabun tangan, sarung tangan, masker, hand sanitizer, dan pelindung wajah juga harus disediakan sekaligus untuk berjaga-jaga ketika masyarakat lupa tidak membawa masker ketika ke posyandu; 3) Untuk kegiatan imunisasi dapat dilakukan dengan skema "door to door", artinya bidan dan dokter puskesmas mendatangi rumah warga untuk memberikan imunisasi dengan protokol kesehatan lengkap. Pemberian imunisasi ini didasarkan data kader desa yang dilaporkan ke puskesmas. Koordinasi dan komunikasi kader ke masyarakat, atau dari kader ke bidan dan dokter puskesmas dapat dilakukan melalui medsos seperti grup WA; 4) Optimalisasi peran kader. Kader merupakan garda terdepan pemantauan gizi masyarakat. Dalam konteks pandemi peran kader sangat penting bagi pelayanan gizi masyarakat. Meskipun sempat terhenti kegiatan di posyandu, kader desa tetap memberikan PMT balita dan ibu hamil, dengan mengunjungi rumah warga terutama warga dalam status pemantauan ketat gizi kurang. Para kader juga dapat melakukan inovasi dengan bekerjasama dalam jangka waktu tertentu dengan peternak untuk makanan tambahan berupa telur guna mendapatkan harga lebih murah. 5) Pemberdayaan masyarakat yang berkelanjutan. Sebenarnya masyarakat terlibat dalam penanganan *stunting* sudah ada sejak dulu dengan tingkat keberhasilan yang beragam. Agar program berhasil, sebagai penerima manfaat, masyarakat harus paham kemanfaatan program dalam jangka panjang. Pemerintah sebagai pemilik program harus terus melakukan sosialisasi program penanganan *stunting* di desa.

Lebih lanjut pencegahan *stunting* melalui pemberdayaan masyarakat dapat diarahkan pada program intervensi sensitif. Program pemberdayaan berbasis masyarakat yang dapat dilakukan dan memiliki dampak bagi pencegahan stunting:

a. Peningkatan Pendapatan Masyarakat

Balita *stunting* di Kabupaten Malang lebih banyak dimiliki keluarga dengan pada ibu yang tidak bekerja sehingga status ekonominya rendah. Walaupun ibu yang tidak bekerja memiliki lebih banyak waktu untuk mengasuh anak, namun jika tidak diiringi status ekonomi yang baik untuk memenuhi kebutuhan balita, akan berdampak buruk terhadap status gizi. Untuk membantu ibu-ibu yang tidak bekerja agar dapat membantu meningkatkan ekonomi keluarga di masa pandemi COVID-19 dapat dilakukan beberapa cara antara lain:

1. **Pengembangan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)**

   Hasil penelitian Purwantini et al. (2016) menunjukkan dampak adanya KRPL adalah berkurangnya pengeluaran konsumsi pangan, konsumsi energi dan protein meningkat. KRPL merupakan kegiatan masyarakat yang menggunakan halaman rumah atau ruang terbuka di lingkungan sekitarnya untuk menanaman tanaman obat, buah, sayur, beternak ayam ataupun jenis ternak lainnya dan budidaya ikan. Di Kabupaten Malang pelaksanaan program pemanfaatan lahan pekarangan (KRPL) berjalan sejak tahun 2012, berkembang menjadi inovasi SEKAR SIBER (2018) sampai menjadi PAKAR D'COVID (2020). Inovasi ini mengkolaborasi budidaya pekarangan, teknologi survelance dan pemasaran hasil pekarangan untuk pemenuhan gizi keluarga dan pendapatan melalui Pekarangan Pangan Lestari (P2L)/ KRPL. Selain itu dapat menyelesaikan masalah penyediaan lapangan kerja terdampak COVID'19 dan memenuhi kebutuhan gizi dalam upaya mengatasi *stunting* serta mengatasi desa rentan pangan. Dampaknya sejak 2012-2021 telah terbentuk 179 kelompok atau ± 5.370 orang dan telah berkembang secara mandiri sebanyak ± 3.600 orang. PAKAR D'COVID dapat meningkatkan pendapatan keluarga dari hasil pemanfaatan pekarangan, dengan penghematan belanja sayur sekitar antara Rp. 30.000,- s/d Rp. 50.000,- perminggunya. Inovasi juga mendukung berkembangnya one village one destination pada wisata desa di ± 325 desa/ kelurahan.

2. **Optimalisasi Kelompok Wanita Tani (KWT)**

   KWT merupakan kelompok yang dibentuk oleh masyarakat yang beranggotakan ibu-ibu. Setiap satu desa memiliki satu KWT dengan beragam jenis usaha seperti industri kreatif berupa kerajinan, makanan olahan maupun KRPL.

Program ini dikoordinasi oleh Dinas Ketahanan Pangan. Melalui keterlibatan masyarakat terutama ibu yang tidak bekerja sebagai anggota KWT diharapkan menjadi peluang bagi ibu-ibu untuk mendapatkan pengalaman untuk bergabung dalam kelompok dan mendapat peluang untuk berusaha.

3. **Pembentukan usaha ekonomi produktif melalui KUBE**

Sebagian besar orang tua balita *stunting* merupakan keluarga yang berpendapatan rendah dan ibu yang tidak bekerja. Pendapatan yang didapatkan tidak mencukupi kebutuhan hidup keluarga yang semakin meningkat. Oleh karena itu, KUBE melalui bentuk usaha sebagai upaya untuk membantu masyarakat menjadi berdaya dalam menjalankan kehidupannya dengan lebih baik, sehingga hal ini akan membuat kualitas kesejahteraan hidupnya semakin meningkat dan terhindar dari situasi kemiskinan. Keikutsertaan menjadi anggota KUBE bagi para anggota meskipun penghasilan yang didapat dari KUBE hanya sebagai penghasilan tambahan, namun hal tersebut dapat membantu untuk memenuhi kebutuhan dasar keluarga. Pihak Pemerintah Desa dan Kecamatan dapat mendukung berjalannya KUBE dengan bersedia mengusahakan apapun yang dibutuhkan demi berjalannya usaha. Dengan kata lain, para anggota dapat dengan mudah memperoleh atau terhubung dengan berbagai sistem dan sumber yang diperlukan melalui pihak pemerintah setempat.

b. Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT)

BPNT merupakan bantuan sosial pangan dalam bentuk non tunai yang diberikan perbulan kepada KPM melalui mekanisme akun elektronik untuk membeli bahan pangan pada e-warong/ pedagang bahan pangan yang bekerjasama dengan bank. BPNT tidak bisa diambil tunai dan jika tidak dibelanjakan, maka bantuan tetap tersimpan dan terakumulasi. KPM dapat membeli beras serta bahan pangan lainnya sesuai kebutuhan di e-warong. Dinas sosial dan Dinas pertanian dan Tanaman Pangan dalam hal ini dapat melakukan inovasi dengan bekerja sama melalui BPNT dengan memberikan bantuan bibit seperti bibit buah-buahan, sayur, ikan, dan ternak maupun bantuan uang yang dibelanjakan dan diberikan dalam bentuk alat dan bahan sesuai dengan besaran nominal bantuan yang akan dberikan. Bantuan keduanya berfokus pada usaha sesuai dengan potensi lokal masing-masing desa.

c. Pelatihan untuk Kader Masyarakat

Dinas Kesehatan, Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintah Desa, serta Dinas Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak, dan Keluarga Berencana dapat memberikan berbagai macam pelatihan untuk kader masyarakat terkait pengarusutamaan gender, kesehatan lingkungan, pemantauan gizi, gerakan masyarakat sehat, dan lainnya. Berbagai program yang melibatkan dinas-dinas tersebut dapat berupa intervensi spesifik seperti pemberian makanan tambahan, maupun intervensi sensitif.

d. Membangun jejaring.

Masyarakat harus dapat membangun jejaring dengan pihak swasta yang ada. Pihak swasta diharapkan memberikan bantuan melalui progarm *Corporate Social Responsibility* (CSR) untuk masyarakat desa dalam penanganan *stunting* mengingat banyak kebutuhan masyarakat yang tidak bisa dicover dana desa. Biaya untuk menangani *stunting* harus bersaing dengan biaya pembangunan infrastruktur desa yang bahkan seringkali dialokasikan semua untuk infrastruktur.

IV. KESIMPULAN

Pandemi COVID-19 berdampak pada berbagai aspek kehidupan, termasuk ekonomi dan kesehatan. Dampak ekonomi yang ditimbulkan adalah meningkatnya pengangguran, sehingga pendapatan masyarakat berkurang yang menyebabkan turunnya daya beli. Dibidang kesehatan turunnya pendapatan dan daya beli masyarakat berdampak turunya pemenuhan asupan gizi dari makanan yang dikonsumsi.

Dampak tersebut dibuktikan dari hasil kajian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu, imunisasi dan pendapatan dengan status stunting. Analisis multivariat memperlihatkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan, pekerjaan ibu dan sikap terhadap 1000 HPK berpengaruh signifikan terhadap status *stunting* di Kabupaten Malang. Temuan ini mendorong pemerintah Kabupaten Malang untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan di masa pandemi terutama terkait dengan layanan manajemen terpadu balita sakit, pemberian kalsium pada ibu hamil dan pemeriksaan kehamilan secara rutin. Beberapa program yang dapat dilakukan adalah modifikasi pelayanan posyandu, optimalisasi peran kader, pemberdayaan masyarakat melalui beberapa kegiatan seperti pengembangan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL), optimalisasi Kelompok Wanita Tani (KWT), pembentukan KUBE berbasis potensi lokal, inovasi BPNT, pelatihan kader masyarakat dan membangun jejaring.

V. UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih ditujukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, Puskesmas Gondanglegi, Puskesmas Bululawang, Puskesmas Pakis, Puskesmas Pagak, Puskesmas Karangploso yang telah membantu mensukseskan pelaksanaan penelitian serta pihak-pihak yang ikut serta dalam memberikan informasi, masukan dalam penelitian ini.

VI. DAFTAR PUSTAKA

ACC/SCN. (2000). *Fourth Report on the World Nutrition Situation*. Geneva.

Adair, L. S., & Guilkey, D. K. (1997). Age-specific determinants of *stunting* in Filipino children. *The Journal of Nutrition*, 127(2), 314–320.

Aerts, D., Drachler, M. de L., & Giugliani, E. R. J. (2004). Determinants of growth retardation in Southern Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 20(5), 1182–1190.

Al-rahmad, A. H., Miko, A., & Hadi, A. (2013). Kajian *stunting* pada anak balita ditinjau dari pemberian asi eksklusif , MP-ASI , status imunisasi dan karakteristik keluarga di Kota Banda Aceh. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Nasuwakes*, 6(2), 169–184.

Amaliah, N., Sari, K., & Rosha, B. C. (2012). Status tinggi badan pendek berisiko terhadap keterlambatan usia menarche pada perempuan remaja usia 10-15 tahun. *Penellitian Gizi Dan Makanan*, 35(2), 150–158.

Andriani, M., & Wirjatmadi, B. (2017). *Peranan Gizi Dalam Siklus Kehidupan*. Retrieved from https://books.google.co.id/books?id=kHA-DwAAQBAJ

Anh, V. T. N., Chompikul, J., & Isaranurug, S. (2009). Relationship between *stunting* and food provided to children aged from 6 to 24 months in Soc Son District, Hanoi, Vietnam. *Journal of Public Health and Development*, 7(3), 43–58.

Aritonang, I. (2012). *Perencanaan dan Evaluasi Program Intervensi Gizi Kesehatan* (Cet. 1). Yogyakarta: Leutikabooks.

Bappenas. (2018). *Rencana Aksi Nasional Dalam Rangka Penurunan Stunting*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.

Bishwakarma, R. (2011). *Spatial Inequality in Child Nutrition in Nepal: Implications of Regional Context and Individual/Household Composition*. University of Maryland.

Bogin, B. (2020). Patterns of Human Growth. https://doi.org/10.1017/9781108379977

Chirande, L., Charwe, D., Mbwana, H., Victor, R., Kimboka, S., Issaka, A. I., … Agho, K. E. (2015). Determinants of *stunting* and *severe stunting* among under-fives in Tanzania: evidence from the 2010 cross-sectional household survey. *BMC Pediatrics*, 15(1), 165.

De Onis, M. (2001). Child Growth and Development. In *Nutrition and Health in Developing Countries*. Totowa: Humana Press.

Dewey, K. G., & Mayers, D. R. (2011). Early child growth: how do nutrition and infection interact? *Maternal & Child Nutrition, 7 Suppl 3*(Suppl 3), 129–142.

Dinas Kesehatan. (2020). *Profil Kesehatan Jawa Timur*.

Dinas Kesehatan. (2021). *Profil Kesehatan Jawa Timur*. Surabaya: Dinas Kesehatan Jawa Timur.

El Taguri, A., Betilmal, I., Mahmud, S. M., Monem Ahmed, A., Goulet, O., Galan, P., & Hercberg, S. (2009). Risk factors for *stunting* among under-fives in Libya. *Public Health Nutrition*, 12(8), 1141–1149.

Fauzia, N., Sukmandari, N., & Triana, K. (2019). Hubungan Status Pekerjaan Ibu Dengan Status Gizi Balita. *Journal Center of Research Publication in Midwifery and Nursing*, 3, 28–32.

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2017). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modelling (PLS-SEM)* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

Hien, N. N., & Kam, S. (2008). Nutritional status and the characteristics related to malnutrition in children under five years of age in Nghean, Vietnam. *Journal of Preventive Medicine and Public Health = Yebang Uihakhoe Chi,* 41(4), 232–240.

IFPRI. (2016). *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*.

Janevic, T., Petrovic, O., Bjelic, I., & Kubera, A. (2010). Risk factors for childhood malnutrition in Roma settlements in Serbia. *BMC Public Health,* 10, 509.

Kementerian Kesehatan RI. (2018). Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia. *Pusat Data Dan Informasi*, 56.

Lestari, S., Fujiati, I., Keumalasari, D., & Daulay, M. (2018). The prevalence and risk factors of *stunting* among primary school children in North Sumatera, Indonesia. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 125, 12219.

Lourenço, B. H., Villamor, E., Augusto, R. A., & Cardoso, M. A. (2012). Determinants of linear growth from infancy to school-aged years: a population-based follow-up study in urban Amazonian children. *BMC Public Health*, 12, 265.

Maxwell, S. (2011). *HTP v 2 Module 5: Causes of malnutrition* (Vol. 0, p. 0). Vol. 0, p. 0. Emergency Nutrition Network (ENN).

Medhin, G., Hanlon, C., Dewey, M., Alem, A., Tesfaye, F., Worku, B., … Prince, M. (2010). Prevalence and predictors of undernutrition among infants aged six and twelve months in Butajira, Ethiopia: The P-MaMiE Birth Cohort. *BMC Public Health*, 10(1), 27.

Meilyasari, F., & Isnawati, M. (2014). Faktor risiko kejadian *stunting* pada balita usia 12 bulan di Desa Purwokerto Kecamatan Patebon, Kabupaten Kendal. *Journal of Nutrition College*, 3(2), 26–32.

Mentari, S., & Hermansyah, A. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan status *stunting* anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja upk puskesmas siantan hulu. *Pontianak Nutrition Journal* (PNJ), 1, 1.

Nasikhah, R., & Margawati, A. (2012). Faktor risiko kejadian *stunting* pada balita usia 24 – 36 bulan di Kecamatan Semarang Timur. *Journal of Nutrition College*, 1(1), 176–184.

Nojoumi, M., Tehrani, A., & Najmabadi, S. H. (2004). Risk analysis of growth failure in under-5-year children. *Archives Of Iranian Medicine*, 7(3), 195–200.

Ozaltin, E., Hill, K., & Subramanian, S. V. (2010). Association of maternal stature with offspring mortality, underweight, and *stunting* in low- to middle-income countries. *JAMA*, 303(15), 1507–1516.

Pranita, E. (2020). Himpunan Profesi Kesehatan Serukan 4 Hal Kesehatan Ibu dan Anak Selama Pandemi. Retrieved from kompas.com website: https://www.kompas.com/sains/read/2020/08/22/132000823/himpunan-profesi-kesehatan-serukan-4-hal-kesehatan-ibu-dan-anak-selama?page=all

Prendergast, A. J., & Humphrey, J. H. (2014). The *stunting* syndrome in developing countries. *Paediatrics and International Child Health*, 34(4), 250–265.

Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A. O., & Rahman, F. (2015). Riwayat Berat Badan Lahir dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia Bawah Dua Tahun. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal); Vol. 10 No. 2 November 2015DO - 10.21109/kesmas.v10i2.882* .

Rahayu, L. S. (2011). *Associated of height of parents with changes of stunting status from 6-12 months to 3-4 years*. UGM.

Rahman, T., Adhani, R., & Triawanti. (2016). Hubungan antara status gizi pendek (stunting) dengan tingkat karies gigi. *Dentino Jurnal Kedokteran Gigi*, I(1), 88–93.

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-fives in North Maluku province of Indonesia. *BMC Pediatrics*, 9(1), 64.

Rannan-Eliya, R. P., Hossain, S. M. M., Anuranga, C., Wickramasinghe, R., Jayatissa, R., & Abeykoon, A. T. P. L. (2013). *Trends and determinants of childhood stunting and underweight in Sri Lanka. The Ceylon Medical Journal,* 58(1), 10–18.

Roberton, T., Carter, E. D., Chou, V. B., Stegmuller, A. R., Jackson, B. D., Tam, Y., … Walker, N. (2020). Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries : a modelling study. *The Lancet Global Health*, (20), 1–8.

Sekaran, U., & Bougie, R. (2013). *Research methods for business: A Skill-building approach* (6th ed.). John Wiley & Sons, West Sussex.

Semba, R. D., de Pee, S., Sun, K., Sari, M., Akhter, N., & Bloem, M. W. (2008). Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: a cross-sectional study. *Lancet (London, England)*, 371(9609), 322–328.

Senbanjo, I. O., Oshikoya, K. A., Odusanya, O. O., & Njokanma, O. F. (2011). Prevalence of and risk factors for *stunting* among school children and adolescents in Abeokuta, southwest Nigeria. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 29(4), 364–370.

Soetjiningsih, & Gde Ranuh, I. N. (2013). *Tumbuh kembang anak Edisi 2*. Jakarta: EGC.

Tiwari, R., Ausman, L. M., & Agho, K. E. (2014). Determinants of *stunting* and *severe stunting* among under-fives : evidence from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *BMC Pediatrics*, 14(1), 1–15.

TNP2K. (2017). *100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)* (Vol. 1; Tim Nasional Percepatan Penangggulangan Kemiskinan, Ed.). Sekretariat Wakil Presiden republik indonesia.

Trihono, Atmarita, Tjandrarini, D. H., Irawati, A., Utami, N. H., Tejayanti, T., & Nurlinawati, I. (2015). *Pendek (Stunting) di Indonesia,*

Masalah dan Solusinya (M. Sudomo, Ed.). Jakarta: Lembaga Penerbit Balitbangkes.

United Nations. (2020). The impact of COVID-19 on food security and nutrition. 2020. Retrieved July 21, 1BC, from www.fao.org website: http://www.fao.org/policy-support/tools-and-publications/resources-details/es/c/1287907/

USAID. (2010). Nutrition Assessment For 2010 New Project Design. Retrieved July 21, 2021, from www.indonesia.usaid.gov website: www.indonesia.usaid.gov

Wanimbo, E., & Wartiningsih, M. (2020). Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Kejadian *Stunting* Baduta (7-24 Bulan). *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr. Sutomo*, 6(1), 83–93.

WHO. (2020). *Levels and trends in child malnutrition*. (2021). *Levels and trends in child malnutrition*. New.

Yimer, G. (2000). Malnutrition among children in Southern Ethiopia: Levels and risk factors. *Ethiopian Journal of Health Development*, 14(3), 283–292.

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BALITA STUNTING DAN TANTANGAN PENCEGAHANNYA PADA MASA PANDEMI

ORIGINALITY REPORT

6%	7%	3%	4%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.coursehero.com Internet Source	1%
2	ayerjournal.com Internet Source	1%
3	Thilini C. Agampodi, Amber Hromi‐Fiedler, Suneth B. Agampodi, Gayani S. Amarasinghe et al. "A self‐applied valid scale for rapid tracking of household food insecurity among pregnant women in Sri Lanka", Maternal & Child Nutrition, 2021 Publication	1%
4	Kathrine E. Starkweather, Monica H. Keith. "Estimating impacts of the nuclear family and heritability of nutritional outcomes in a boat-dwelling community", American Journal of Human Biology, 2018 Publication	1%
5	www.ejurnal.stikesprimanusantara.ac.id Internet Source	1%

6	conference.um.ac.id Internet Source	1 %
7	www.scielo.org.za Internet Source	1 %
8	jurnal.unismuhpalu.ac.id Internet Source	1 %
9	www.sysrevpharm.org Internet Source	1 %
10	eprints.dinus.ac.id Internet Source	1 %

Exclude quotes	Off	Exclude matches	< 1%
Exclude bibliography	On		

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BALITA STUNTING DAN TANTANGAN PENCEGAHANNYA PADA MASA PANDEMI

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

/0

GENERAL COMMENTS

Instructor

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14