



SIAGA STUNTING DI INDONESIA



Ni Putu Wiwik **Oktaviani** • Sanya Anda **Lusiana**
Taruli Rohana **Sinaga** • Rohani Retnauli **Simanjuntak**
Stephanie Lexy **Louis** • Rininta **Andriani** • Noviyati Rahardjo **Putri**
Ayu Nina **Mirania** • Laela Nur **Rokhmah** • Ira **Kusumawati**
Inti Mulyo **Arti** • Niken Bayu **Argaheni** • Ahmad **Faridi**

SIAGA STUNTING DI INDONESIA



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Siaga Stunting di Indonesia

Ni Putu Wiwik Oktaviani, Sanya Anda Lusiana
Taruli Rohana Sinaga, Rohani Retnauli Simanjuntak
Stephanie Lexy Louis, Rininta Andriani, Noviyati Rahardjo Putri Ayu
Nina Mirania, Laela Nur Rokhmah, Ira Kusumawati
Inti Mulyo Arti, Niken Bayu Argaheni, Ahmad Faridi



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Siaga Stunting di Indonesia

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Ni Putu Wiwik Oktaviani, Sanya Anda Lusiana
Taruli Rohana Sinaga, Rohani Retnauli Simanjuntak
Stephanie Lexy Louis, Rininta Andriani, Noviyati Rahardjo Putri
Ayu Nina Mirania, Laela Nur Rokhmah, Ira Kusumawati
Inti Mulyo Arti, Niken Bayu Argaheni, Ahmad Faridi

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Ni Putu Wiwik Oktaviani., dkk.

Siaga Stunting di Indonesia

Yayasan Kita Menulis, 2022

xiv; 164 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-386-1

Cetakan 1, Januari 2022

- I. Siaga Stunting di Indonesia
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan buku "Siaga Stunting di Indonesia" yang disusun secara bersama-sama oleh penulis-penulis yang berdedikasi dalam penyebaran dan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bidang kesehatan.

Stunting merupakan masalah kesehatan yang sampai saat ini masih menjadi prioritas nasional pemerintah untuk diselesaikan. Saat ini 149,2 juta balita mengalami stunting dan tersebar diseluruh dunia. Kondisi ini menyebabkan anak-anak terbatas dalam mengembangkan dirinya, mengalami tumbuh kembang yang terhambat bahkan dapat menyebabkan kematian. Balita stunting akan hidup dalam kondisi tinggi badan yang tidak normal, otak mereka tidak berkembang sempurna sehingga mereka akan mengalami kesulitan saat bersekolah, berisiko mengalami penyakit tidak menular dan kondisi ini tidak dapat dirubah (irreversible). Dampaknya akan menjadi beban secara ekonomi dan kerugian besar bagi negaranya. Program percepatan penurunan prevalensi stunting dirancang oleh pemerintah sehingga target meningkatkan kualitas sumber daya manusia sebagai aset negara di masa mendatang akan tercapai.

Para penulis mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas kerjasama, dukungan, bimbingan dan kritik yang diberikan sehingga buku ini dapat diwujudkan. Para penulis berharap semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca serta dapat memberikan sumbangsih bagi pengembangan ilmu pengetahuan terutama di bidang kesehatan.

Denpasar, 11 Januari 2022

Ni Putu Wiwik Oktaviani, dkk

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Stunting Dan Permasalahannya

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Definisi Stunting	3
1.3 Permasalahan Stunting	5
1.3.1 Permasalahan Stunting Di Dunia	6
1.3.2 Permasalahan Stunting Di Indonesia	7

Bab 2 Ciri Stunting Dan Cara Penilaian Status Gizi

2.1 Pendahuluan	11
2.2 Ciri Stunting	12
2.3 Cara Penilaian Status Gizi	16

Bab 3 Faktor Determinan Stunting

3.1 Pendahuluan	23
3.2 Situasi Stunting Di Indonesia	25
3.3 Faktor Determinan Stunting	27
3.3.1 Faktor Determinan Stunting Pralahir	28
3.3.2 Faktor Determinan Stunting Pascalahir	31

Bab 4 Dampak Stunting Masa Mendatang

4.1 Pendahuluan	37
4.2 Dampak Jangka Pendek	39
4.2.1 Terganggunya Perkembangan Otak & Kecerdasan	39
4.2.2 Gangguan Pertumbuhan	39
4.2.3 Terganggunya Metabolisme Tubuh	40
4.3 Dampak Jangka Panjang	41
4.3.1 Kemampuan Kognitif Lemah & Psikomotor Terhambat	41
4.3.2 Penyakit Sindrom Metabolik	42
4.3.3 Penurunan Pendapatan Negara	45

4.3.4 Meningkatnya Angka Kesakitan	46
Bab 5 Tahapan Tumbuh Kembang Anak	
5.1 Pendahuluan.....	47
5.2 Tahapan Tumbuh Kembang Anak.....	48
5.2.1 Tahapan Perkembangan Anak Berdasarkan Usia.....	49
5.2.2 Tahapan Perkembangan Anak Berdasarkan Psikoseksual	53
5.2.3 Tahapan Perkembangan Anak Berdasarkan Psikososial.....	54
Bab 6 Pencegahan Dan Penanganan Stunting	
6.1 Pendahuluan.....	57
6.2 Pengertian Stunting	60
6.3 Penyebab Stunting	61
6.4 Pencegahan Dan Penanganan Stunting.....	61
Bab 7 Peran Pemerintah Menangani Stunting	
7.1 Pendahuluan.....	67
7.2 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013.....	68
7.3 Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024	69
7.3.1 Komitmen Dan Visi Kepemimpinan	70
7.3.2 Kampanye Nasional Dan Komunikasi Perubahan Perilaku.....	71
7.3.3 Konvergensi, Koordinasi, Dan Konsolidasi Program Pusat, Daerah, Dan Desa.....	71
7.3.4 Ketahanan Pangan Dan Gizi.....	72
7.3.5 Pemantauan Dan Evaluasi	73
7.4 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan Stunting	74
Bab 8 Peran Posyandu Menangani Stunting	
8.1 Pendahuluan.....	77
8.2 Posyandu	78
8.3 Langkah Pembentukan Posyandu	79
8.4 Sasaran Posyandu	79
8.5 Manfaat Posyandu	79
8.6 Pengelompokan Posyandu.....	81
8.7 Tujuan Pelayanan Posyandu.....	82
8.8 Pelayanan Kesehatan Yang Dijalankan Posyandu.....	82
8.9 Kegiatan Posyandu Dalam Menangani Stunting	83
8.10 Faktor-Faktor Yang Dapat Mempengaruhi Peran Posyandu Dalam	

Menangani Stunting	85
Bab 9 Perilaku Hidup Sehat Cegah Stunting	
9.1 Pendahuluan	87
9.2 Fase Penting	88
9.2.1 Pra Kehamilan.....	88
9.2.2 Kehamilan	89
9.2.3 Pasca Kehamilan/ Melahirkan.....	91
9.3 Akses Air Bersih Dan Fasilitas Sanitasi	95
Bab 10 Pendekatan Terapi Komplementer Mencegah Stunting	
10.1 Pendahuluan.....	97
10.2 Terapi Komplementer	99
10.2.1 Definisi Terapi Komplementer.....	99
10.2.2 Jenis Terapi Komplementer.....	99
10.3 Pijat Tui Na.....	100
10.3.1 Definisi	100
10.3.2 Manfaat Pijat Tui Na	101
10.3.3 Metode Pijat Tui Na	101
10.3.4 Teknik Dasar Tui Na	102
10.3.5 Prosedur Pijat Tui Na	103
Bab 11 Penyebab Stunting Di Negara Yang Sedang Berkembang	
11.1 Pendahuluan.....	109
11.2 Penyebab Stunting Di Berbagai Negara Berkembang	110
11.2.1 Keluarga	112
11.2.2 Makanan Pendamping Asi.....	113
11.2.3 Penyusuan Air Susu Ibu.....	113
11.2.4 Infeksi	113
11.2.5 Komunitas Dan Sosial.....	114
11.3 Penyebab Stunting Di Indonesia	114
Bab 12 Peranan Metode Pendidikan Dan Media Dalam Mengatasi Stunting	
12.1 Pendahuluan.....	117
12.2 Jenis Metode Pendidikan Dan Media	120
12.2.1 Metode Audio Visual	120
12.2.2 Metode Kombinasi Permainan Dan Demonstrasi.....	123
12.2.3 Media Integrating Card	124

Bab 13 Peran Lintas Sektor Dalam Penanggulangan Stunting

13.1 Pendahuluan.....	127
13.2 Intervensi Stunting Terintegrasi	129
13.3 Peran Lintas Sektor Dalam Percepatan Penurunan Stunting	133
13.4 Sistem Integrasi Manajemen Data Kegiatan Lintas Sektor Pada Stunting	136
Daftar Pustaka	139
Biodata Penulis	157

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Ilustrasi anak usia 10 tahun dengan perbedaan tinggi badan...	2
Gambar 1.2: Permasalahan Stunting	5
Gambar 1.3: Permasalahan Stunting dunia.....	6
Gambar 1.4: Data stanting.....	7
Gambar 1.5: Permasalahan Stunting di Indonesia,.....	8
Gambar 1.6: Data Stunting Indonesia	8
Gambar 1.7: Perkembangan stunting di Indonesia.....	9
Gambar 2.1: Microtoise.....	20
Gambar 2.2: Stadiometer Holtain.....	21
Gambar 2.3: Baby length board.....	21
Gambar 3.1: Prevalensi Stunting di Indonesia Menurut Database Kesehatan Indonesia	26
Gambar 3.2: Proporsi Status Gizi Pendek & Sangat Pendek Tahun 2013 dan 2018 Berdasarkan Provinsi	26
Gambar 3.3: Dampak Kekurangan Gizi Dalam Siklus Kehidupan.....	30
Gambar 4.1: Dampak Stunting	38
Gambar 4.2: Perbedaan Sel Otak Anak Normal dan Stunting.....	39
Gambar 4.3: Perbedaan Persentase Masa lemak dan Persentase Masa Bukan Lemak Pada Kelompok Stunting dan Tidak Stunting	41
Gambar 4.4: Perbedaan RMR Anak Stunting dan Tidak Stunting.....	43
Gambar 4.5: Perbedaan Lingkar Pinggang-Lingkar Pinggul Anak Stunting dan Tidak Stunting.....	44
Gambar 4.6: Perbedaan Kenaikan Berat Badan Per Tahun Anak Stunting dan Tidak Stunting.....	45
Gambar 5.1: Pertumbuhan dan Perkembangan.....	48
Gambar 5.2: Perkembangan anak bermain	51
Gambar 5.3: Interaksi sosial anak.....	55
Gambar 7.1: Kolaborasi dalam Strategi Percepatan Penurunan Stunting	69
Gambar 7.2: Tugas Pemerintah Daerah dalam Percepatan Penurunan Stunting.	75
Gambar 9.1: Piring Makanku: Sajian Sekali Makan.)	91
Gambar 9.2: Pemberian MPASI.....	92

Gambar 10.1: Prosedur 1.....	103
Gambar 10.2: Prosedur 2.....	104
Gambar 10.3: Prosedur 3.....	104
Gambar 10.4: Prosedur 4.....	105
Gambar 10.5: Prosedur 5.....	105
Gambar 10.6: Prosedur 6.....	106
Gambar 10.7: Prosedur 7.....	106
Gambar 10.8: Prosedur 8a.....	107
Gambar 10.8: Prosedur 8b	107
Gambar 11.1: Data prevalensi (%) stunting pada anak di bawah usia 5 tahun	110
Gambar 12.1: Ilustrasi Penyuluhan Stunting	118
Gambar 12.2: Contoh Leaflet Stunting	118
Gambar 12.3: Ilustrasi Media Elektronik Stunting.....	119
Gambar 12.4: Ilustrasi Bermain Kartu	124

Daftar Tabel

Tabel 1.1: Pengertian Katategori status gizi balita.....	4
Tabel 2.1: Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Usia 0 – 60 Bulan.....	19
Tabel 13.1: Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Penurunan Stunting.	130
Tabel 13.2: Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Penurunan Stunting.	132
Tabel 13.3: Pemetaan Kegiatan Sektor atau OPD Terkait dalam Percepatan Penurunan Stunting.	134
Tabel 13.4: Contoh Penanggung Jawab Penyediaan Data Stunting Lintas Sektor.....	136

Bab 1

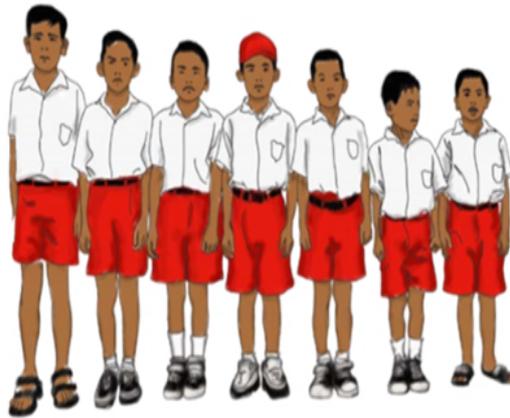
Stunting dan Permasalahannya

1.1 Pendahuluan

Permasalahan gizi di Indonesia sampai saat ini belum terselesaikan, perkembangan sumber daya manusia (SDM) sangat dipengaruhi oleh faktor gizi. Masalah kekurangan gizi yang saat ini yang masih cukup tinggi yaitu kurus (*wasting*), pendek (*stunting*) pada balita. Masalah anemia, kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil. Dampak kekurangan gizi pada ibu hamil menyebabkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), kekurangan gizi pada balita bahkan *stunting* (Kementerian Kesehatan RI, 2018a).

Permasalahan yang masih dihadapi Indonesia saat ini adalah terhambatnya proses tumbuh kembang anak secara normal atau dikenal dengan *stunting*. Status kesehatan anak, bahkan kematian anak merupakan hal yang penting menjadi perhatian dari masalah *stunting*. Berdasarkan Survei Status Gizi Balita Indonesia terjadi penurunan angka *stunting* dari 30,8% pada tahun 2018 menjadi 27,67% pada tahun 2019. Persentase *stunting* pada tahun 2019 merupakan hal yang masih perlu menjadi perhatian karena angka tersebut masih dinilai tinggi. World Health Organization (WHO) memberikan target, angka *stunting* harus kurang dari 20%. Pandemi COVID-19 memberikan dampak pada penanggulangan *stunting*, serangan pandemi menyebabkan jumlah angka kemiskinan pada masyarakat meningkat (TNP2K, 2020).

Stunting atau pendek dapat diidentifikasi dengan cara membandingkan tinggi seorang anak terhadap standar tinggi anak dalam populasi yang normal. Perbandingan dilakukan pada kelompok usia dan dengan jenis kelamin yang sama. Stunting pada umumnya dapat ditentukan berdasarkan standar baku, anak dikatakan stunting apabila tingginya berada di bawah -2 standar deviasi (SD) (Dewey, 2016;WHO, 2006). Berikut adalah gambar ilustrasi perbandingan tinggi badan berbeda pada kelompok usia yang sama.



Gambar 1.1: Ilustrasi anak usia 10 tahun dengan perbedaan tinggi badan

Studi tentang stunting sudah banyak dilakukan saat ini, hasilnya anak pendek atau stunting cenderung memiliki korelasi atau berhubungan dengan prestasi sekolah yang buruk, kualitas pendidikan menurun serta berpengaruh terhadap rendahnya pendapatan atau penghasilan saat dewasa. Peluang anak yang mengalami stunting lebih besar untuk tumbuh menjadi dewasa yang memiliki pendidikan rendah, kurang sehat, serta rentan terhadap penyakit tidak menular. Anak yang mengalami stunting atau pendek menjadi prediktor buruknya kualitas sumber daya manusia yang diterima secara luas, dampak selanjutnya menurunkan produktivitas bangsa dimasa yang akan datang (Trihono et al., 2015).

Dampak kekurangan gizi kronis selama 1.000 hari pertama kehidupan adalah stunting, dan hal ini merupakan tragedi yang tersembunyi. Anak yang mengalami stunting baru akan terlihat setelah usianya 2 tahun. Terhambatnya proses tumbuh kembang anak yang mengalami gizi kronis seperti stunting

menyebabkan perkembangan yang irreversible (tidak bisa diubah), anak tidak akan mendapatkan kesempatan yang sama dalam mempelajari hal dan meningkatkan kualitas dirinya seperti anak dengan perkembangan normal pada umumnya (Trihono et al., 2015).

1.2 Definisi Stunting

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyatakan anak yang mengalami stunting severe (sangat pendek) di Indonesia sebesar 19,3%. Angka ini lebih tinggi dibandingkan tahun 2013 (19,2%) dan tahun 2007 (18%) (Kemenkes RI, 2018). Prevalensi stunting secara keseluruhan baik yang mild atau severe (pendek atau sangat pendek) sebesar 30,8% (Kementerian Kesehatan RI, 2018b). Prevalensi stunting yang masih belum turun sesuai target dari WHO menunjukkan masalah malnutrisi di Indonesia merupakan masalah kesehatan yang belum bisa di atasi sepenuhnya oleh pemerintah. Masalah gizi kronis yang dialami pada balita dan program pemerintah untuk penanggulangan stunting yang sudah dilakukan selama bertahun-tahun bisa dikatakan belum mencapai hasil yang optimal. Stunting mengacu pada anak yang terlalu pendek untuk anak seusianya. Anak-anak yang terkena stunting dapat menderita kerusakan fisik dan kognitif parah yang tidak dapat diperbaiki menyertai pertumbuhan yang terhambat. Konsekuensi buruk dari stunting dapat berlangsung seumur hidup dan bahkan memengaruhi generasi berikutnya (UNICEF, WHO, 2021).

Stunting adalah tinggi badan seorang anak yang kurang normal bila dibandingkan berdasarkan usia dan jenis kelamin. Pemeriksaan tinggi badan merupakan salah satu pemeriksaan antropometri untuk mengetahui status gizi anak. Stunting terjadi apabila anak mengalami status gizi yang kurang (malnutrisi) dalam jangka waktu yang lama (kronis). Grafik pertumbuhan dengan standar global digunakan untuk memonitor status gizi anak. Diagnosa stunting ditegakkan dengan membandingkan nilai z skor tinggi badan per usia berdasarkan standar baku. Indonesia menggunakan standar grafik pertumbuhan yang ditetapkan WHO tahun 2005 dalam menegakkan diagnosa stunting. Kementerian Kesehatan RI menggunakan kategori gizi yang ditetapkan WHO untuk mengategorikan status gizi balita. Berikut adalah tabel kategori gizi:

Tabel 1.1: Pengertian Katergori status gizi balita
Tabel Pengertian Kategori Status Gizi Balita

Indikator	Status Gizi	Z-Score
BB/U	Gizi Buruk	< -3,0 SD
	Gizi Kurang	-3,0 SD s/d < -2,0 SD
	Gizi Baik	-2,0 SD s/d 2,0 SD
	Gizi Lebih	> 2,0 SD
TB/U	Sangat Pendek	< -3,0 SD
	Pendek	-3,0 SD s/d < -2,0 SD
	Normal	≥ -2,0 SD
BB/TB	Sangat Kurus	< -3,0 SD
	Kurus	-3,0 SD s/d < -2,0 SD
	Normal	-2,0 SD s/d 2,0 SD
	Gemuk	> 2,0 SD

Sumber: Kepmenkes No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standar antropometri penilaian status gizi anak

Gagal tumbuh pada balita akibat kekurangan gizi secara kronis terutama pada masa 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) adalah stunting (Kementerian Kesehatan RI, 2018a). Pola asuh yang tidak memadai terutama pada 1.000 HPK menjadi faktor yang memengaruhi tidak terpenuhi asupan gizi dalam jangka waktu lama serta terjadi infeksi berulang sehingga terjadi gagal tumbuh pada balita (WHO, 2015). Standar nasional yang berlaku dalam pengukuran tinggi badan dan panjang badan menjadi patokan penilaian dalam mengkategorikan balita stunting. Apabila tinggi anak tidak sesuai dengan standar nasional yang berlaku, maka anak dapat dikategorikan dengan stunting. Kondisi stunting baru nampak setelah anak berusia 2 tahun, kondisi ini dapat terjadi sejak janin mengalami kekurangan gizi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir. Balita pendek (stunted) dan sangat pendek (severely stunted) adalah balita dengan Panjang Badan (PB/U) atau Tinggi Badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (Multy Centre Growth Reference Study) 2006, balita stunted apabila nilai z-score kurang dari -2SD (standar deviasi) dan severely stunted apabila kurang dari - 3 SD (WHO, 2006).

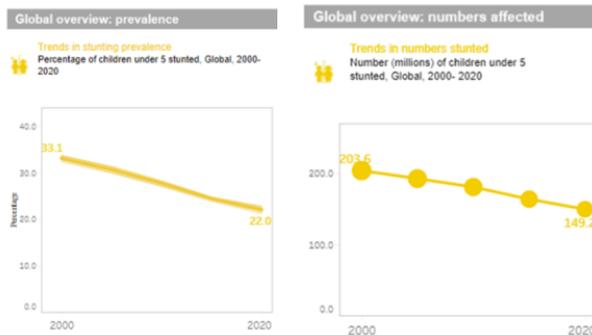
Identifikasi stunting dilakukan dengan membandingkan tinggi seorang anak terhadap anak lainnya pada populasi yang normal sesuai dengan usia dan jenis kelamin yang sama. Kekurangan gizi secara kronis (waktu lama) berpengaruh buruk terhadap pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada masa bayi dan anak, sehingga menyebabkan terjadinya stunting (Kiik and Nuwa, 2020). Stunting atau sering disebut kerdil atau pendek ditengarai sebagai kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat

kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan (TNP2K, 2020).

Malnutrisi yang terjadi secara kronis dan berlangsung selama bertahun-tahun dapat mengakibatkan terjadinya stunting. Gangguan mental, psikomotor dan kecerdasan anak dapat terganggu akibat mengalami stunting. Program penanggulangan stunting secara spesifik belum optimal terlaksana, meskipun penanggulangan malnutrisi lain seperti wasting (kurus) sudah mengalami penurunan secara signifikan. Bahaya stunting yang mengancam kehidupan masa depan generasi bangsa perlu mendapatkan penanggulangan berbasis analisis penyebab serta cara penanggulangan berdasarkan bukti penelitian atau ilmiah sehingga prevalensi stunting di Indonesia dapat menurun sesuai target (Candra, 2020).

1.3 Permasalahan Stunting

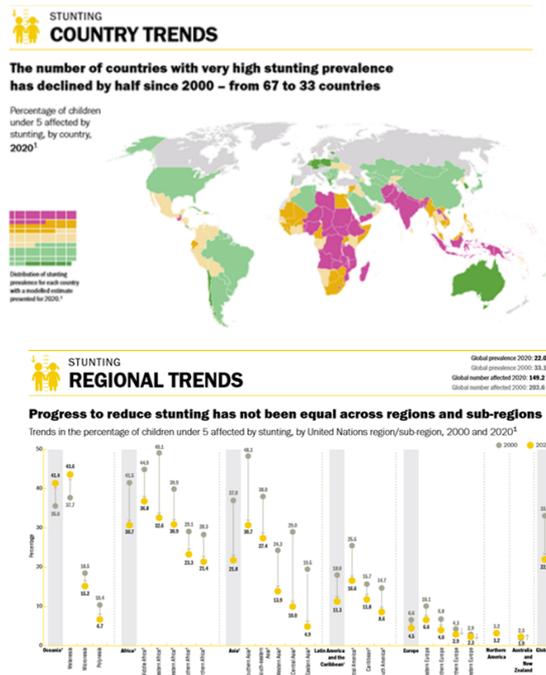
Permasalahan gizi yang sampai saat ini dialami oleh balita didunia adalah stunting. Tahun 2020 setengah dari populasi anak di bawah usia 5 tahun yang mengalami stunting tinggal di Asia (53%) dan dua dari lima balita dengan stunting tinggal di Afrika (41%). Angka stunting saat ini sudah mengalami penurunan dibandingkan dengan data pada tahun 2000 yaitu 33.1% (203,6 juta), tahun 2020 jumlah balita stunting sebesar 22.0% (149,2 juta) (UNICEF, WHO, 2021).



Gambar 1.2: Permasalahan Stunting (UNICEF/WHO, Joint Child Malnutrition Estimates, 2021)

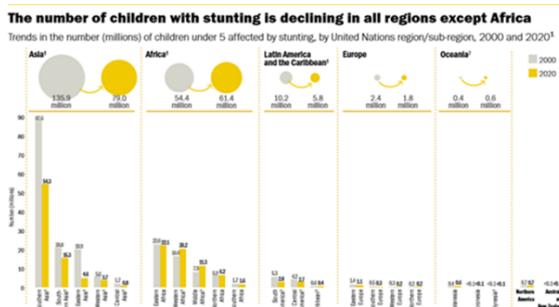
1.3.1 Permasalahan Stunting di Dunia

Pandemi COVID-19 diperkirakan akan memperburuk segala bentuk kekurangan gizi karena memburuknya kekayaan rumah tangga; kendala ketersediaan dan keterjangkauan pangan bergizi; gangguan dalam pelayanan gizi esensial; dan kesempatan terbatas untuk aktivitas fisik. Dampak pandemi terhadap stunting kemungkinan akan terungkap secara bertahap, dan dapat bertahan selama bertahun-tahun setelah COVID-19 diberantas dan ekonomi pulih. Mengingat bahwa stunting adalah akibat dari malnutrisi kronis atau berulang, hal itu akan dipengaruhi oleh berapa lama guncangan terkait pandemi ini terhadap ekonomi, sistem pangan, dan sistem pertahanan kesehatan. Malnutrisi ibu yang dialami selama pandemi juga dapat memengaruhi stunting dengan meningkatnya risiko berat badan lahir rendah, sebagai prediktor utama gangguan pertumbuhan linier. Oleh karena itu, peningkatan prevalensi stunting mungkin terlihat diantara anak-anak yang lahir selama tahun pertama pandemi sebelum terlihat pada seluruh populasi balita yang digunakan untuk memantau indikator ini (UNICEF, WHO, 2021).



Gambar 1.3: Permasalahan Stunting dunia

Berdasarkan data stunting dari beberapa negara bagian, sebesar 21.8% (79 juta) balita stunting hidup di Asia. Persentase balita stunting tertinggi berada di Asia Selatan sebesar 30.7% (54.3 juta) sedangkan terendah ada di Asia Timur sebesar 4.9% (800 ribu).

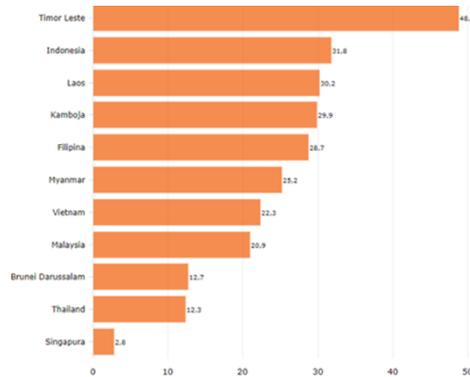


Gambar 1.4: Data stunting (UNICEF/WHO, Joint Child Malnutrition Estimates, 2021)

Afrika adalah salah satu negara dengan jumlah stunting yang tidak mengalami penurunan. Sebesar 30.7 % (61.4 juta) anak usia di bawah 5 tahun menderita stunting di Afrika. Dua dari lima anak di Afrika mengalami stunting (UNICEF, WHO, 2021). Salah satu faktor yang memengaruhi stunting adalah ekonomi. Tahun 2020, stunting telah menurun setengahnya dinegara yang memiliki penghasilan menengah ke atas (upper-middle income). Sebesar 149.2 juta balita yang mengalami stunting, dua per tiganya (59%) berasal dari negara dengan penghasilan menengah ke bawah (lower-middle income) (UNICEF, WHO, 2021).

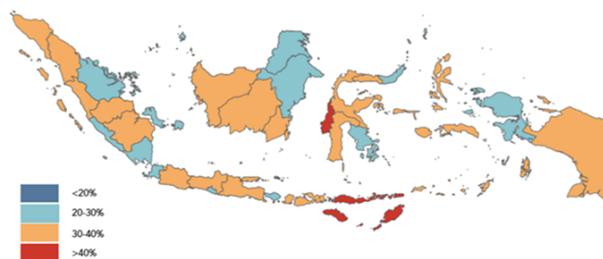
1.3.2 Permasalahan Stunting di Indonesia

Prevalensi balita stunting menurut Asian Bank Development, Indonesia termasuk kedalam negara kedua dengan prevalensi tertinggi regional Asia Tenggara/South-East Asia Regional (SEAR) setelah Timor Leste. Prevalensinya mencapai 31.8% pada tahun 2020 (Asian Bank, 2020).



Gambar 1.5: Permasalahan Stunting di Indonesia (Asian Bank Development, 2020)

Indonesia tercatat sebagai salah satu dari 17 negara yang mengalami beban ganda gizi, baik kelebihan maupun kekurangan gizi. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan pada 2018 menemukan 30,8% mengalami stunting. Prevalensi stunting menurun dari angka 37,2% pada tahun 2013, namun angka stunting tetap tinggi dan masih ada dua provinsi dengan prevalensi di atas 40% (Kementerian PPN/ Bappenas, 2018). Berikut adalah gambaran distribusi geografis prevalensi stunting menurut provinsi:

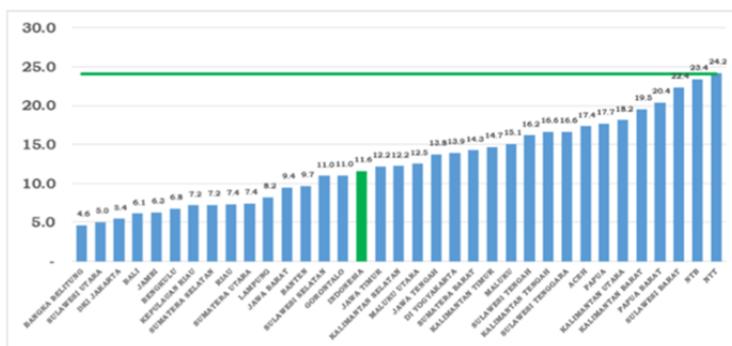


Gambar 1.6: Data Stunting Indonesia (Kementerian PPN/ Bappenas, 2018)

Misi presiden Indonesia pada tahun 2021-2024 salah satunya adalah menurunkan angka stunting pada balita. Parameter pembangunan modal manusia dilihat dari prevalensi stunting pada balita. Pemerintah menetapkan percepatan penurunan angka stunting sebagai major project yang harus digarap melalui langkah strategi, efektif dan efisien. Pembangunan kesehatan tahun 2021-2024 memiliki tujuan menurunkan prevalensi kekurangan gizi dan stunting. Perhitungan prevalensi stunting per tahun biasanya didapatkan

berdasarkan data survei melalui Riskesdas 2018 dan SGBI (Survei Gizi Balita Indonesia) 2019. Pandemi Covid-19 pada tahun 2020 menjadi hambatan dalam pelaksanaan SGBI (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Pemerintah Indonesia memiliki komitmen yang sangat tinggi dalam mempercepat penurunan prevalensi stunting, sehingga program tersebut menjadi prioritas nasional. Terkendalanya SGBI tahun 2020 bukan berarti prevalensi stunting tidak ditinjau setiap tahunnya. Laporan rutin SIGIZI dan e-PPGBM (elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat) yang memasukkan indikator prevalensi stunting memberikan data dan gambaran sementara progres pencapaian target penurunan stunting. 24,1% (5.543.000 balita) adalah target prevalensi stunting pada balita tahun 2020. Data e-PPGBM mencatat (per tanggal 20 Januari 2021), pengukuran status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur (TB/U) balita sejumlah 11.499.041 dari 34 provinsi di Indonesia, sebanyak 1.325.298 balita memiliki TB/U < -2 SD, kondisi ini dapat dikatakan sebesar 11,6% balita di Indonesia mengalami stunting (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Berikut adalah grafik persentase balita yang ditimbang.



Gambar 1.7: Perkembangan stunting di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2021)

Berdasarkan grafik prevalensi balita stunting tertinggi berada di Nusa Tenggara Timur sebesar 24,2%, prevalensi terendah berada di Kepulauan Bangka Belitung sebesar 4,6% (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Penurunan prevalensi stunting selama tahun 2021 disertai serangan pandemi Covid-19 menunjukkan komitmen tinggi pemerintah menyelesaikan program prioritas nasional. Tercapainya tujuan percepatan penurunan prevalensi stunting di Indonesia dapat dilakukan dengan beberapa kegiatan diantaranya penyediaan

Pedoman Penanggulangan Stunting bagi Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Buku Saku bagi Kader Posyandu (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Bab 2

Ciri Stunting dan Cara Penilaian Status Gizi

2.1 Pendahuluan

Stunting adalah keadaan kurang gizi yang sedang terjadi di negara –negara yang mempunyai penghasilan rendah (proporsi 16%) dan menengah (47%) termasuk juga di negara-negara berkembang. UNICEF/WHO dan Bank Dunia menunjukkan bahwa jumlah anak stunting adalah 151 juta atau sekitar 22,2% dari anak-anak di dunia. Proporsi anak stunting terdapat di negara-negara berpenghasilan menengah ke atas (27%) dan berpenghasilan tinggi (10%). Sekitar 83,8 juta anak stunting tinggal di Asia, terutama di Asia Selatan dan Tenggara, 58,7 juta di Afrika dan 5,1 juta di Amerika Latin dan Karibia. Indonesia merupakan salah satu negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di kawasan Asia (Mulyaningsih et al., 2021).

Kekurangan gizi dan penyakit menular dapat menyebabkan stunting berkembang pada anak selama dua tahun pertama kehidupannya (Black et al., 2013). Angka kejadian stunting (pendek) merupakan masalah gizi utama yang dihadapi Indonesia. Rata-rata tinggi badan balita untuk anak laki laki dan perempuan di Indonesia menurut standar WHO Tahun 2005 berada di bawah garis normal yaitu dari 50 cm sampai dengan 110 cm. Indonesia menempati

peringkat ke-17 dari 117 negara di dunia yang memiliki masalah stunting (37,2%), kurus (21,1%), dan masalah kegemukan (11,9%). Rata-rata prevalensi stunting balita Tahun 2005-2017 adalah 36,4% (Pusat Data dan Informasi, 2018). Stunting adalah masalah kesehatan sosial yang harus ditangani dengan serius. Di Indonesia, masyarakat sering menganggap tubuh pendek atau tinggi adalah keturunan. Persepsi yang salah di masyarakat perlu mendapat perhatian serius dari masyarakat, pemerintah, dan otoritas terkait (Sari et al., 2010). Data Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia Tahun 2014 menunjukkan bahwa potensi kerugian ekonomi akibat stunting pada bayi mencapai Rp 1,7 juta/orang/tahun atau Rp 71.000.000/orang selama 49 tahun (usia produktif 15-64 tahun) (Renyot, Martianto and Sukandar, 2016). Stunting akan berdampak pada penurunan kelangsungan hidup, penurunan produktivitas ekonomi, dan peluang lebih tinggi untuk hidup dalam kemiskinan di masa dewasa (Grantham-McGregor et al., 2007; Black et al., 2013).

2.2 Ciri Stunting

Stunting dapat dijadikan sebagai indikator malnutrisi kronis yang terjadi dalam jangka waktu panjang serta dapat menjelaskan keadaan gizi sebelumnya. Stunting disebabkan oleh multifaktorial dan terjadi secara lintas generasi dan tidak boleh dianggap remeh karena masih banyaknya kasus di Indonesia. Jika hal ini tidak ditangani tentunya akan menimbulkan masalah terhadap kualitas sumberdaya manusia karena dapat menyebabkan hilangnya generasi. Gizi buruk yang terjadi pada masa emas ini sulit untuk diubah (Supariasa, Bachyar and Ibnu, 2016). Stunting adalah gangguan pada tumbuh kembang anak yang terjadi karena kekurangan gizi dalam jangka panjang atau tidak optimalnya penyerapan zat gizi yang masuk (Shekar et al., 2016; Millward, 2017; Galasso and Wagstaff, 2019). Masa perkembangan anak membutuhkan asupan nutrisi yang cukup disertai dengan stimulus yang intens. Risiko stunting meningkat ketika hal ini tidak tercukupi.

Untuk mencegah terjadinya stunting, terdapat terdapat beberapa ciri-ciri stunting yang harus diperhatikan yaitu (Atikah Rahayu, Fahrini Yulidasari, 2020):

1. Pendek dan Kurus

Ciri pertama anak stunting adalah lebih pendek dari teman sebayanya dan terlihat biasanya saat mencapai usia dua tahun, karena tulangnya tidak bisa tumbuh secara optimal. Kurangnya nutrisi yang masuk ke dalam tubuh dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan tulang serta otot. Perbedaan tinggi badan akibat stunting cenderung mencolok. Tubuh anak juga akan terlihat lebih kurus.

2. Gangguan Perkembangan Pada Anak

Stunting pada balita dapat menghambat fisik dan perkembangan mental. Perkembangan kognitif pada anak juga sangat bergantung pada asupan gizi setiap harinya. Ketika asupan tidak tercukupi maka kognitif tidak akan berkembang dan tidak mampu menyerap rangsangan dengan baik. Stunting juga menyebabkan Kecerdasan menurun, kesulitan berbicara, kesulitan belajar sehingga tidak mampu berprestasi di sekolah (Arafah, Lubis and Fujiati, 2019; Brar et al., 2020; Surani and Susilowati, 2020).

3. Kekebalan Tubuh Rendah

Daya tahan tubuh juga didapatkan dari asupan nutrisi. Ketika asupan nutrisi tidak tercukupi, daya tahan tubuh anak juga akan lemah. Anak-anak yang stunting cenderung lebih rentan terhadap penyakit, terutama penyakit infeksi (diare, kecacingan, radang, malaria dan gangguan pernapasan) (Leroy and Frongillo, 2019; Casale, Desmond and Richter, 2020).

Selain itu juga berdampak terhadap kesehatan anak karena ketika sakit maka akan lebih lama sembuh dibandingkan anak yang tidak stunting. Anak akan berisiko terjadi peningkatan penyakit degeneratif seperti diabetes, hipertensi dan obesitas saat usia dewasa (Manggala et al., 2018). Stunting meningkatkan risiko obesitas karena adanya gangguan pada sistem endokrin tubuh sehingga metabolismenya tidak berjalan normal. Orang dengan perawakan pendek juga harus memiliki berat

badan ideal (Keino et al., 2014; Minh Do, Lissner and Ascher, 2018; Ferreira et al., 2020).

4. Tanda pubertas terlambat;
Pubertas adalah masa perkembangan yang ditandai dengan perubahan sebagian bersamaan yang meliputi percepatan pertumbuhan, perubahan komposisi tubuh dan karakteristik penampilan seks sekunder. Pubertas ditandai dengan percepatan dan kemudian perlambatan dalam pertumbuhan tulang. Inisiasi, durasi dan jumlah pertumbuhan sangat bervariasi selama percepatan pertumbuhan. Percepatan pertumbuhan pubertas dimulai rata-rata pada usia 9-10,0 tahun untuk anak perempuan dan 11-12,0 untuk anak laki-laki. Tingkat pertumbuhan puncak ini lebih besar terjadi pada anak laki-laki daripada anak perempuan, dan terjadi perbedaan rata-rata 11-13 cm pada tinggi badan (Soliman et al., 2014).
5. Pertumbuhan gigi terlambat
6. Usia 8 – 10 tahun anak menjadi lebih pendiam serta tidak banyak melakukan kontak mata;
7. Pertumbuhan tinggi melambat; dan
8. Wajah tampak lebih muda dari usianya.

Anak-anak yang kekurangan gizi di awal kehidupan (masa 1000 PKH) memiliki risiko penyakit degeneratif ketika beranjak dewasa. Pada masa ini sering disebut sebagai masa keemasan dan sebagai individu yang aktif dalam masa pertumbuhan dan perkembangan sehingga kebutuhan nutrisi anak-anak harus terpenuhi dengan seimbang. Selain itu, periode ini rentan terhadap kontak lingkungan dan lebih banyak diperlukan perhatian, terutama kecukupan gizi. Masalah nutrisi yang terjadi pada balita khususnya gizi kurang dan stunting adalah dampak dari ibu kondisi/calon ibu selama hamil, ketika bayi dan balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa kanak-kanak (Amin and Julia, 2014).

Anak-anak di bawah 5 tahun sangat bergantung pada orang tua/pengasuh untuk nutrisinya dan bila terjadi ketidaksesuaian antara asupan gizi dengan pemanfaatannya di dalam tubuh dapat mengakibatkan malnutrisi. Malnutrisi pada anak sangat kritis terutama pada bayi 0 -2 tahun. Malnutrisi adalah masalah dunia dan bebannya tinggi serta merugikan siapa pun terlepas dari warna kulit,

wilayah, keyakinan, atau kelas sosial ekonomi. Malnutrisi dapat berupa gizi kurang atau gizi lebih. Saat ini gizi kurang pada anak merupakan salah satu masalah kesehatan utama yang dihadapi di negara berkembang. Gizi buruk dalam segala bentuknya termasuk gizi kurang (kurus dan pendek), vitamin atau mineral yang tidak memadai serta kelebihan berat badan (obesitas) (Galgamuwa et al., 2017).

Stunting yang terjadi pada masa keemasan akan lebih berpeluang bertumbuh pendek yang terjadi di usia remaja. Anak yang bertumbuh pendek pada usia 0-2 tahun akan lebih berisiko 27 kali lipat mempunyai tubuh yang pendek saat puber ketika usia 4-6 tahun tubuhnya masih tetap pendek. Hal sebaliknya terjadi pada anak yang mempunyai tinggi badan normal saat masa keemasan dan terjadi gangguan pertumbuhan saat usia 4-6 tahun maka berpeluang lebih kecil mengalami pendek yaitu hanya sekitar 14 kali lipat. Untuk mencegah terjadinya kemungkinan tersebut sehingga intervensi untuk mencegah stunting masih diperlukan bahkan setelah 1000 HPK (Aryastami and Tarigan, 2017). Peluang kecil masih ada untuk dapat mengejar pertumbuhannya dan 80% dapat tumbuh secara normal pada usia setelah pubertas ((McGovern, 2013).

Setiap orang tua menginginkan keseimbangan antara pertumbuhan fisik dan perkembangan mental yang optimal pada anaknya. Apalagi 10 - 30 tahun yang akan datang, anak-anak akan menghadapi lebih banyak tantangan untuk fisik dan kesehatan mental serta harus sehat untuk mencapai sukses. Kebutuhan gizi seseorang ditentukan salah satunya oleh faktor usia, yang juga dapat menyebabkan kejadian stunting. Energi yang lebih besar dibutuhkan oleh seseorang yang mempunyai usia lebih tinggi serta aktivitas yang lebih tinggi juga. Hal ini berdasarkan rasio kecukupan gizi (AKG) yang direkomendasikan di mana kebutuhan gizinya dibedakan berdasarkan umur dan jenis kelamin (Kartasapoetra and Marsetyo, 2005). Gangguan pertumbuhan tinggi badan berlangsung cukup lama, tidak hanya dalam hitungan bulan namun juga sampai beberapa tahun. Sebenarnya tidak ada perbedaan yang terlalu jauh berkaitan dengan masa pertumbuhan pada anak laki-laki dan perempuan sampai mencapai akhir sekolah dasar. Anak perempuan awalnya akan lebih cepat tinggi dibandingkan anak laki-laki, tetapi beberapa tahun selanjutnya anak laki-laki mampu mengejar ketertinggalan tersebut dan mengungguli tinggi badannya (Illahi, 2017).

Kejadian stunting pada anak juga dapat disebabkan karena pendapatan keluarga. Ketidakmampuan keuangan menyebabkan kurangnya juga kemampuan memenuhi asupan gizi keluarga sesuai dengan kebutuhannya. Pemilihan

kualitas maupun kuantitas bahan makanan yang dikonsumsi oleh keluarga dengan status ekonomi rendah tentunya juga sangat berpengaruh. Bahan makanan yang diperoleh akan menjadi kurang bervariasi serta dalam jumlah yang sedikit, seperti pada bahan makanan yang berfungsi untuk tumbuh kembang yaitu sumber protein, vitamin, dan mineral, yang dapat mengakibatkan peningkatan risiko gizi buruk ((Lestari et al., 2018). Selain itu pendidikan orang tua juga berkaitan dengan terjadinya stunting (Fernald and Neufeld, 2007). Ukuran keluarga, jumlah balita dalam rumah tangga, pekerjaan ibu menyusui eksklusif, durasi menyusui dan metode pemberian makanan pendamping berhubungan dengan stunting (Fikadu, Assegid and Dube, 2014). revalensi stunting pada balita yang ukuran keluarganya lebih dari 4 orang adalah 51,6% meskipun tidak berhubungan secara statistik (Semba et al., 2008).

Tinggi badan ibu berpengaruh terhadap pertumbuhan linier keturunan selama masa pertumbuhan, terkait pengaruh genetik dan non genetik, salah satunya adalah nutrisi (Addo et al., 2013). selain itu lingkungan ibu seperti kebersihan, asupan gizi dan juga kesehatan reproduksi (Addo et al., 2013; Sinha, 2019). Penelitian di India menemukan bahwa hanya satu sentimeter peningkatan tinggi badan ibu akan mengurangi risiko stunting (Subramanian et al., 2009). Ibu bertubuh pendek memiliki anatomi dan sistem metabolisme yang tidak memadai yang dapat berdampak pada kesehatan ibu dan janin, seperti konsentrasi glukosa yang rendah, dan kurangnya cadangan protein dan energi Ibu yang memiliki ukuran tubuh pendek memiliki ukuran organ reproduksi yang lebih kecil dan ukuran rahim yang terbatas untuk pertumbuhan janin((Lowy, 1994; Murphy et al., 2006; Sinha et al., 2017).

2.3 Cara Penilaian Status Gizi

Gangguan pertumbuhan adalah suatu kondisi yang ditandai dengan peningkatan ukuran tubuh anak yang lebih rendah dari yang seharusnya. Gangguan pertumbuhan sebagian besar terjadi pada 23 bulan pertama setelah lahir dan diperkirakan sebagian besar ditentukan oleh berbagai kondisi sosial ekonomi yang berbahaya atau protektif (Alderman and Headey, 2018). Pada usia 4 bulan biasanya akan mulai terlihat kegagalan pertumbuhan dan hal ini masih akan berlangsung sampai anak berusia 2 tahun. Kegagalan pertumbuhan mengalami puncaknya saat anak berusia 12 bulan (Atikah Rahayu, Fahrini Yulidasari, 2020).

Stunting sering tidak dikenali oleh keluarga yang tinggal di lingkungan di mana perawakan pendek sangat umum sehingga dianggap normal. Bahkan di kalangan petugas kesehatan, stunting umumnya tidak menerima perhatian yang sama seperti kurus atau kurus (berat badan rendah untuk tinggi badan), terutama jika tinggi badan tidak diukur secara rutin sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat. Banyak keluarga, kesehatan pekerja dan pembuat kebijakan tidak menyadari konsekuensinya stunting sehingga tidak dapat dilihat sebagai masalah kesehatan masyarakat (Dewey and Begum, 2011; de Onis and Branca, 2016).

Penilaian grafik pertumbuhan sangat penting untuk menentukan apakah seorang anak tumbuh sesuai grafik yang terdapat di dalam buku pemantauan atau apakah memiliki masalah terhadap kecenderungan pertumbuhan yang harus ditangani segera. Menilai pertumbuhan linier mudah apabila memperhatikan prinsipnya dengan patuh serta perhatian terhadap setiap langkah/detail. Tingkat akurasi serta keandalan pengukuran panjang dan tinggi sangat bergantung pada ketangguhan, presisi, pemeliharaan dan kalibrasi peralatan antropometri; teknik pengukuran dan penetapan prosedur kualitas data. Variabilitas dalam pengukuran panjang dan tinggi dapat diakibatkan oleh berbagai pengaruh, termasuk pengaturan di mana dilakukan pengukuran, perilaku dan kerjasama anak, akurasi dan presisi instrumen, teknik antropometri dan metode perekaman data. Dengan demikian penting untuk mengurangi kesalahan pengukuran serta meminimalkan bias agar sesuai pelatihan dan kepatuhan terhadap metode standar juga prosedur (de Onis et al., 2004; Dewey and Begum, 2011).

Interpretasi pengukuran antropometri sangat tergantung pada standar pertumbuhan yang digunakan untuk membandingkan dan menafsirkan nilai (De Onis et al., 2006). Pilihan referensi pertumbuhan telah menerima banyak perhatian sampai menjadi subjek perdebatan (Dale et al., 2009; Isanaka et al., 2009; Saha et al., 2009; Van Dijk and Innis, 2009; Bois, Servolin and Guillemot, 2010; Kerac et al., 2011; Maalouf-Manasseh, Metallinos-Katsaras and Dewey, 2011). Sejak dikeluarkannya Standar Pertumbuhan Anak WHO maka konsensus internasional yang berlaku bahwa anak-anak dari semua latar belakang etnis memiliki potensi pertumbuhan yang sama (De Onis, 2006; World Health Organization (WHO), 2006, 2007; WHO, 2009). Hari ini, lebih dari 140 negara menggunakan metodologi standar WHO yang kuat, yang secara akurat menggambarkan pertumbuhan fisiologis dan menyelaraskan penilaian pertumbuhan anak di seluruh dunia (de Onis et al., 2012).

Stunting merupakan hasil pengukuran status gizi balita yang dilihat dari indikator TB/U yang menjelaskan mengenai status gizi kronis. Hal ini merupakan akibat dari keadaan yang sudah berlangsung cukup lama seperti kemiskinan, pola asuh tidak tepat serta keadaan higiene sanitasi buruk menyebabkan terjangkit penyakit yang terus berulang (Supariasa, Bachyar and Ibnu, 2016). Status gizi yaitu keseimbangan antara asupan zat gizi oleh individu dan pemanfaatan zat gizi tersebut dalam proses pertumbuhan, perkembangan dan pemeliharaan kesehatan. Status gizi balita sangat tergantung pada asupan zat gizi yang cukup dan tepat serta kemampuan tubuh untuk memanfaatkan zat gizi tersebut untuk fungsinya yang tepat. (J A, Ajayi-Vincent and Alebiosu, 2013).

Salah satu pendekatan utama yang membantu dalam mengidentifikasi indikator risiko gizi adalah skrining. Pengkajian nutrisi membantu dalam mengumpulkan informasi yang diperlukan yang dapat membantu untuk mengkonfirmasi apapun masalah terkait gizi. Penilaian gizi melibatkan secara mendalam pengumpulan dan analisis pengukuran antropometri, konsumsi makanan, atau klinis riwayat medis, praktik makan, dan data biokimia atau laboratorium. Indikator gizi yang paling luas dan yang mudah digunakan di lingkungan masyarakat untuk menentukan tingkat gizi buruk pada anak kecil khususnya usia balita adalah indeks antropometri yang meliputi: pengukuran berat badan menurut umur, tinggi badan menurut umur, berat badan menurut tinggi badan dan pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) (Badake et al., 2014; Dao et al., 2019). mengemukakan bahwa menilai pertumbuhan adalah parameter yang digunakan untuk melihat perkembangan anak-anak dan juga memberikan wawasan tentang ketahanan pangan di daerah dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang baik. Terlebih lagi, status kesehatan telah diakui sebagai prediksi vital bagi kelangsungan hidup anak (Bhandari and Chhetri, 2013).

Penilaian antropometri merupakan cara yang umumnya dilakukan untuk mengukur status gizi balita (terutama energi dan protein). Antropometri berkaitan dengan berbagai macam pengukuran dimensi dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri digunakan untuk penilaian status pertumbuhan dan status gizi pada populasi tertentu karena estimasi keadaan yang terlalu lalu atau status gizi kronik. Bila seorang balita sudah dilakukan pengukuran tinggi badan dan ditanyakan usianya, kemudian dilakukan perhitungan dan hasilnya berada di bawah dari standar yang ditetapkan maka baru dapat dikatakan bahwa balita tersebut stunting. Penghitungan ini menggunakan standar z - score dari WHO. Anak-anak

dikatakan pendek jika panjang/tingginya di bawah - 2 SD dari nilai z – score untuk usia dan jenis kelamin yang sama. Demikian pula, anak-anak dianggap sangat pendek jika panjang/tingginya di bawah -3 SD dari nilai z – score untuk usia dan jenis kelamin yang sama.

Tinggi badan/panjang badan merupakan keadaan yang menjelaskan mengenai pertumbuhan skeletal. Saat keadaan normal, panjang badan akan tumbuh seiring dengan pertambahan umur. Berat badan akan lebih sensitif untuk menjelaskan masalah kekurangan gizi dalam periode pendek, namun tinggi badan lebih sensitif untuk mengetahui masalah kurang gizi di masa lampau. Tabel 2.2 menjelaskan mengenai kategori dan ambang batas status gizi anak usia 0-60 bulan (World Health Organization (WHO), 2008; De Onis et al., 2013):

Tabel 2.1: Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Usia 0 – 60 Bulan (PERMENKES, 2020)

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (z – score)
Sangat pendek	< -3 SD
Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
Normal	-2 SD sampai dengan +3 SD
Tinggi	> +3 SD

Kelebihan indeks TB/U yaitu alat murah serta mudah dibawa kemanapun. Selain itu alat panjang badan dapat dibuat sendiri serta orang tua juga jarang keberatan anaknya diukur. Kekurangan indeks TB/U adalah keakuratan umur sulit didapat apalagi jika pengukuran dilakukan di daerah yang masih terpencil dan tidak adanya kartu lahir sehingga hanya berdasarkan ingatan saja, pengukuran sulit dilakukan ketika anak sudah berdiri tegak karena harus ada yang membantu untuk menahan agar kaki anak tidak bergeser dari dinding, pun demikian dengan pengukuran yang dilakukan secara telentang maka posisi kaki juga harus lurus sehingga diperlukan dua orang untuk melakukan pengukuran; tinggi badan tidak cepat naik bahkan tidak mungkin turun sehingga pengukuran jika dilakukan dalam waktu yang berdekatan hasilnya tentu tidak akan signifikan (Atikah Rahayu, Fahrini Yulidasari, 2020).

Beberapa kesalahan pengukuran yang terjadi dapat disebabkan karena kesalahan pada alat sehingga sudah tidak akurat lagi, tingkat kesulitan pengukuran di daerah yang sulit mendapatkan posisi yang tepat baik alat ataupun posisi anak yang diukur dan tenaga yang kurang terlatih ataupun kurang terampil dalam melakukan pengukuran secara akurat. Hal ini dapat disebabkan

karena tidak adanya pelatihan kembali untuk mengingatkan pengukuran yang tepat (Atikah Rahayu, Fahrini Yulidasari, 2020).

Tinggi badan merupakan gambaran pertumbuhan. Pengukuran tinggi badan bersamaan dengan pertambahan umur (TB/U). Tinggi badan diukur dengan menggunakan alat ukur tinggi stadiometer Holtain/Mikrotoa (bagi balita yang bisa berdiri) atau baby length board (bagi balita yang belum bisa berdiri). Alat-alat pengukuran ditampilkan pada Gambar 3.1, 3.2 dan 3.3 di bawah. Mikrotoa dipasang dalam posisi horizontal di dinding yang rata dan tidak terdapat tiang atau kayu di bagian bawah atau bagian belakang saat berdiri yang dapat menghalangi pengukuran tinggi badan. Kemudian mikrotoa diletakkan di bagian atas sehingga melebihi tinggi dari anak yang akan diukur. Kemudian anak yang akan diukur diminta berdiri lurus menempel di dinding dengan posisi kepala, badan, pantat serta tumit rapat ke dinding. Pandangan tegak menghadap ke depan. Kemudian pengukur yang telah siap di bagian depan anak akan membaca angka yang tercantum di mikrotoa dengan menarik mikrotoa ke bawah dan tepat berada di atas kepala. Saat membaca mikrotoa, pandangan pengukur harus lurus dengan angka yang tercantum pada garis mikrotoa. Tidak boleh terlalu ke atas atau terlalu ke bawah. Pengukuran dilakukan sebaiknya oleh dua orang agar dapat membantu anak tetap dalam posisi yang tegak lurus dan menempel dinding (Atikah Rahayu, Fahrini Yulidasari, 2020).

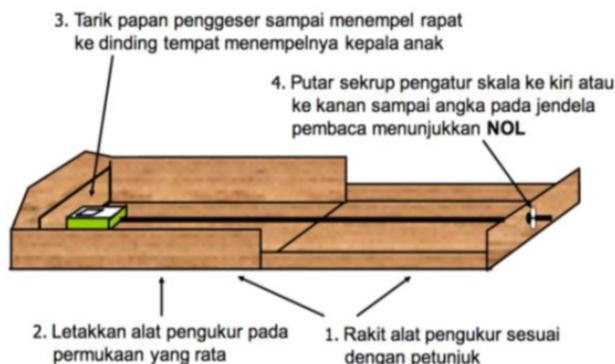


Gambar 2.1: Microtoise (Harjatmo, Par'i and Wiyono, 2017)

Stadiometer Holtain merupakan alat pengukuran yang berbeda dengan mikrotoa karena alat ini menyediakan tempat kaki untuk berdiri sehingga tidak keluar dari alat. Selain itu alat ini relatif mahal dan berat jika harus dibawa-bawa kemanapun dibandingkan membawa mikrotoa. Saat menggunakan alat baby length board juga sebaiknya dua orang karena untuk tetap menahan posisi kaki bayi agar tidak bergerak-gerak dan tetap dalam posisi lurus (Atikah Rahayu, Fahrini Yulidasari, 2020).



Gambar 2.2: stadiometer Holtain (Harjatmo, Par'i and Wiyono, 2017)



Gambar 2.3: baby length board (Harjatmo, Par'i and Wiyono, 2017)

Bab 3

Faktor Determinan Stunting

3.1 Pendahuluan

Permasalahan gizi merupakan sebuah masalah dalam daur kehidupan manusia yang dimulai dari masa kehamilan, bayi, balita, masa remaja hingga lansia. Masalah gizi dapat terjadi pada berbagai kelompok umur, dan pada kategori umur tertentu dapat memengaruhi status gizi pada periode kehidupan berikutnya. Stunting merupakan bentuk kegagalan dalam masa pertumbuhan (growth faltering) akibat dari akumulasi ketidakcukupan zat gizi dimulai dari masa kehamilan hingga usia 24 bulan (Bloem et al, 2013). Stunting menjadi permasalahan seluruh negara, khususnya bagi negara miskin dan negara berkembang termasuk Indonesia. Stunting menjadi permasalahan karena angka morbiditas dan mortalitas termasuk tinggi, perkembangan motorik yang terlambat dan pertumbuhan mental menjadi terhambat (UNICEF, 2017).

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (Balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Kekurangan gizi akan terjadi sejak bayi di dalam kandungan hingga bayi lahir sampai usia 2 tahun. Anak yang mengalami stunting cenderung memiliki tubuh yang lebih kerdil dibandingkan anak seusianya. Anak tergolong stunting apabila panjang atau tinggi badannya di bawah minus dua standar deviasi (-2 SD) menurut indeks panjang badan atau tinggi badan anak seusianya. Stunting dan kekurangan gizi lainnya yang terjadi

pada 1000 HPK berdampak pada kualitas sumber daya manusia pada masa yang akan datang. Stunting juga menyebabkan pertumbuhan fisik yang lambat dan terhambatnya perkembangan kognitif yang selanjutnya berpengaruh pada tingkat kecerdasan dan produktivitas di masa depan. Stunting merupakan ancaman utama terhadap kualitas sumberdaya manusia Indonesia. Pada akhirnya stunting akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan angka kemiskinan dan berkontribusi pada melebarnya kesenjangan/inequality (TNP2K, 2017), (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2020), (Kementerian Sekretariat Negara Republik Indonesia, 2020) dan (Rokhmah D, Ningtyias dkk, 2021).

Definisi stunting menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) adalah anak balita yang nilai Z-scorenya $<-2SD$ /standar deviasi (stunted) dan $<-3SD$ (severely stunted). Sedangkan batasan stunting menurut WHO adalah tinggi badan menurut umur dengan nilai Z-score $<-2SD$. Penilaian status gizi pada balita salah satunya menggunakan metode antropometri. Metode ini merupakan alat ukur yang berkaitan dengan pengukuran dimensi dan komposisi tubuh dari berbagai kelompok umur dan kondisi keadaan gizi. Indeks antropometri yang sering digunakan dalam penilaian status gizi balita adalah BB/U, TB/U, dan BB/TB yang dinyatakan dalam standar deviasi unit Z (Z-score). Balita yang mengalami stunting maupun yang tidak mengalami stunting indeks antropometri yang digunakan adalah tinggi badan berdasarkan umur (TB/U). Menurut WHO baku antropometri anak usia 0-5 tahun status gizinya ditentukan berdasarkan nilai Z-score panjang badan berdasarkan umur (PB/U) atau tinggi badan berdasarkan umur (TB/U) (PPSDM Kemenkes RI, 2017), (TNP2K, 2017) dan (Kemenkes RI, 2020).

Penyebab stunting adalah multi faktor atau multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu selama hamil maupun anak balita. Menurut penelitian (Huriah and Nurjannah, 2020), bahwa faktor risiko kejadian stunting di negara berkembang dapat dibagi dalam tiga kategori yaitu: 1) Faktor orangtua yang meliputi masa neonatal dan status gizi ibu pada 1000 Hari Pertama Kehidupan Kehidupan, perbedaan sosial ekonomi, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan orangtua, dan ibu yang memiliki tubuh dengan postur pendek; 2) Faktor anak yang meliputi kecukupan nutrisi atau zat gizi, terjadinya infeksi pada anak, proses penyapihan anak dalam kurun waktu kurang dari 6 bulan atau lebih, jenis kelamin dan usia anak; 3) Faktor lingkungan seperti sumber air bersih, penggunaan toilet bersama, dan pengaruh lingkungan pada

kehidupan janin. Uraian detail tentang faktor determinan stunting akan dijelaskan selanjutnya.

3.2 Situasi Stunting Di Indonesia

Data Global Nutrition Report 2016 menyatakan bahwa prevalensi stunting di Indonesia berada pada peringkat 108 dari 132 negara. Dalam laporan sebelumnya, Indonesia tercatat sebagai salah satu negara yang mengalami masalah gizi ganda baik gizi lebih maupun gizi kurang dari 17 negara yang dalam laporan tersebut. Di Asia Tenggara, Indonesia merupakan negara tertinggi kedua prevalensi stunting setelah negara Kamboja (Rocha, Constante Jaime and Ferreira Rea, 2016). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan adanya trend penurunan prevalensi stunting nasional dalam kurun waktu 5 tahun yaitu dari Riskesdas 2013 prevalensi stunting sebesar 37,2% menjadi 30,8% pada Riskesdas 2018. Hasil Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) tahun 2019, prevalensi stunting pada balita tahun 2019 turun menjadi 27,7%. Artinya terjadi penurunan sebesar 3.1% dalam periode satu tahun terakhir. Walaupun prevalensi stunting mengalami penurunan namun prevalensinya masih tergolong tinggi dan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia (RISKESDAS, 2013), (TNP2K, 2017), (RISKESDAS, 2018b) dan (Achadi Endang L, Achadi Anhari dkk, 2021).

Pada tahun 2018, Global Nutrition Report menyatakan bahwa Indonesia merupakan salah satu negara dengan double burden atau masalah gizi ganda yang ditandai dengan tingginya prevalensi stunting dan anemia pada ibu hamil. Angka stunting yang besar di Indonesia merupakan masalah serius. Hal ini menunjukkan bahwa Indonesia memiliki jutaan anak kurang gizi yang berdampak pada tingkat kecerdasan sehingga kesulitan untuk berprestasi di sekolah. Selain itu juga dampak jangka panjang akan berakibat terhadap daya beli yang rendah karena kurangnya penghasilan akibat produktivitas yang terganggu. Akibat selanjutnya adalah akan sulit berkontribusi untuk membangun ekonomi bangsa. Oleh karena itu, stunting menjadi salah satu ancaman serius bagi pertumbuhan ekonomi dan kesejahteraan Indonesia (Global Nutrition Report, 2018) dan (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2020). Secara berturut-turut Gambar 3.1 dan Gambar 3.2 menunjukkan

Pemerintah Daerah, Dunia Usaha, Masyarakat Umum dan lainnya. Selain itu diperlukan pemahaman bersama secara menyeluruh tentang terjadinya stunting, faktor penyebab baik tingkat lokal, sub-nasional maupun nasional yang memengaruhinya, serta implikasi jangka pendek maupun jangka panjang dan tentunya program intervensi dengan prinsip cost-effective. Upaya yang melibatkan lintas sektor ini diharapkan dapat menurunkan angka stunting di Indonesia.

Berbagai upaya penurunan stunting telah dilakukan oleh pemerintah melalui intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk mengatasi penyebab tidak langsung agar tercapai target angka kejadian stunting sebesar 14% pada tahun 2024. Strategi pendekatan intervensi secara terintegrasi telah dilakukan pemerintah dalam upaya pencegahan dan penurunan prevalensi stunting. Program intervensi secara terintegrasi telah dimulai sejak tahun 2017 pada delapan kabupaten/kota sebagai percontohan. Selanjutnya tahun 2018 sebanyak 100 kabupaten/kota serta tahun 2019 menjadi 160 kabupaten/kota. Pada tahun 2020 telah ditetapkan sebanyak 260 kabupaten/kota yang menjadi lokasi prioritas stunting (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2020), (Rokhmah D Ningtyias dkk, 2021), dan (Achadi Endang, Achadi Anhari dkk, 2021). Oleh karena itu perlu pemahaman faktor determinan stunting dalam upaya percepatan penanggulangan stunting di Indonesia, baik itu penyebab langsung maupun penyebab tidak langsung. Pembahasan lebih lanjut tentang faktor determinan stunting akan dibahas pada bagian berikut.

3.3 Faktor Determinan Stunting

Stunting pada balita disebabkan oleh berbagai faktor yang dapat terjadi sejak dalam kandungan dan setelah lahir. Penyebab dalam kandungan (pralahir) lebih dikaitkan pada faktor status gizi dan kesehatan ibu. Sedangkan faktor penyebab setelah lahir (pascalahir) lebih banyak disebabkan karena faktor langsung seperti asupan dan penyakit infeksi, pola pengasuhan anak, serta faktor-faktor yang tidak langsung dan juga faktor mendasar yang memengaruhi pola pengasuhan anak tersebut. Secara lebih detail, beberapa faktor determinan stunting dapat diuraikan sebagai berikut:

3.3.1 Faktor Determinan Stunting Pralahir

Masa pertumbuhan dan perkembangan anak dimulai sejak pembuahan dalam kandungan. Pertumbuhan dan perkembangan di dalam kandungan sangat penting. Hal ini disebabkan karena semua organ tubuh dibentuk, tumbuh dan berkembang selama dalam kandungan. Oleh karena itu apabila pada periode ini terjadi gangguan maka akan meningkatkan risiko gangguan pada berbagai fungsi organ tubuh, kecuali pada organ tubuh yang masih bisa berkembang setelah masa kelahiran yaitu otak, hati dan sistem imun. Indikator yang digunakan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan selama dalam kandungan adalah berat badan lahir rendah/BBLR yaitu kurang dari 2500 gram, prematur dan panjang badan lahir rendah/PBLR dengan yaitu apabila kurang dari 46,1 cm pada bayi laki-laki dan kurang dari 45,4 cm pada bayi perempuan (Achadi Endang, Achadi Anhari dkk, 2021).

Faktor risiko terhadap terjadinya hambatan pertumbuhan dalam kandungan meliputi:

1. Kurang Energi Kronis (KEK)

Kurang Energi Kronis didefinisikan sebagai mereka yang memiliki Indeks Massa Tubuh (IMT) kurang dari 18,5 sedangkan Lingkar Lengan Atas/LILA berada di angka kurang dari 25,5 cm. LILA bukan sebagai indikator KEK, namun LILA digunakan sebagai indikator risiko KEK. Ibu hamil yang mengalami KEK saat konsepsi cenderung tidak mengalami perbaikan status gizi selama kehamilannya atau bisa tetap mengalami KEK. KEK menyebabkan ibu hamil tidak mampu memenuhi kebutuhan gizi yang dibutuhkan oleh janin selama proses tumbuh dan berkembang dalam kandungan.

2. Anemia Pada Ibu Hamil

Data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa 48,8% ibu hamil mengalami anemia, meningkat jika dibandingkan dengan hasil Riskesdas 2013 sebesar 37,1% (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2020). Anemia didefinisikan sebagai konsentrasi kadar hemoglobin di dalam sel darah merah lebih rendah dibanding normal. Pada ibu hamil yang anemia ditandai dengan kadar Hemoglobin (Hb) kurang dari 11 g/dL. Penyebab utama anemia di Indonesia adalah defisiensi zat besi. Selain defisiensi zat besi penyebab anemia lainnya

adalah defisiensi asam folat, vitamin B12 dan vitamin A. Anemia dapat menyebabkan plasenta tidak berkembang secara sempurna sehingga berat plasenta lebih rendah yang dapat mengakibatkan abnormalitas struktur plasenta. Hal ini akan menghambat proses transportasi makanan dari ibu hamil ke janin. Dampak selanjutnya adalah janin akan mengalami hambatan pertumbuhan dan perkembangan selama dalam kandungan. Ibu hamil yang mengalami anemia meningkatkan risiko terhambatnya pertumbuhan janin, prematur dan berat badan lahir rendah (BBLR) (WHO, 2011) dan (Achadi Endang, Achadi Anhari dkk, 2021).

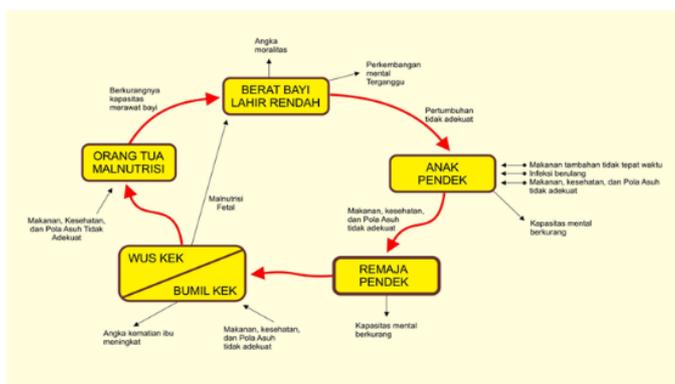
3. Pertambahan Berat Badan Selama Hamil

Pertambahan berat badan selama kehamilan merupakan indikator penting dalam mengindikasikan bahwa kebutuhan zat gizi ibu hamil dan tumbuh kembang janinnya terpenuhi secara adekuat baik jumlah maupun kualitasnya. Pertambahan berat badan ibu hamil dapat menyimpan zat gizi yang nantinya dapat digunakan untuk produksi ASI. Adekuat tidaknya pertambahan berat badan ibu selama kehamilan sangat ditentukan oleh status gizi ibu yang diukur melalui Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum memasuki masa kehamilan. Ibu yang memiliki IMT kurang dari 18,5 yang dikategorikan kurus sebelum masa kehamilan membutuhkan pertambahan berat badan yang lebih besar dibandingkan ibu hamil yang tidak kurus. Hal ini disebabkan karena ibu yang IMTnya rendah akan berpengaruh negatif terhadap pertumbuhan janinnya. Pertumbuhan janin yang terganggu akan mengakibatkan berat bayi lahir yang rendah (Fikawati S & G Apriluana, 2018) dan (Rokhmah D, Ningtyias dkk, 2021).

4. Ibu Hamil Stunted/Pendek

Faktor ibu yang stunted atau pendek dapat memengaruhi anak mengalami stunting. Faktor genetik dengan riwayat pendek dapat menjadi penentu terjadinya stunting pada bayi yang dilahirkan. Ibu hamil yang pendek pada umumnya mempunyai panggul yang sempit. Panggul yang sempit dapat mengganggu pertumbuhan janin yang dikandung oleh seorang ibu. Jika ibu memiliki tinggi badan pendek,

maka akan berisiko mewariskan gen kromosom pada anak yang dilahirkan sehingga anak tersebut akan memiliki tubuh pendek atau stunting (Lobo, Talahatu and Riwu, 2019) dan (Rokhmah D, Ningtyias dkk, 2021).



Gambar 3.3: Dampak Kekurangan Gizi Dalam Siklus Kehidupan (ACC/SCN & IFPRI, 2000) dalam (Achadi Endang, Achadi Anhari dkk, 2021)

5. Kehamilan Saat Usia Remaja

Pemahaman tentang pertumbuhan remaja putri sangatlah penting, karena hal ini terkait dengan masa kehamilan dan pertumbuhan janinnya kelak. Setelah lahir seorang remaja putri, tubuhnya akan mengalami pertumbuhan cepat dalam dua periode yaitu saat usia dua tahun pertama kehidupannya terutama usia setahun pertama dan periode selanjutnya saat memasuki masa pra-pubertas atau yang disebut percepatan pertumbuhan (growth spurt). Besarnya pertambahan tinggi badan remaja putri, terjadi pada masa puncak pertumbuhan (peak height velocity) yang terjadi sebelum menarche sampai masa growth spurt berada pada angka 10,8-22,3 cm. Setelah menarche tinggi badan masih bertambah sekitar 7,4-10,6 cm. Setelah menstruasi pertama (menarche), tubuh remaja putri masih akan tumbuh kira-kira 6-8 tahun lagi sampai mencapai tinggi badan yang maksimal dan perkembangan tulang panggulnya selesai, sehingga siap untuk mengalami kehamilan. Misalnya, seorang remaja putri yang

mengalami menarche di usia 12 tahun, maka rata-rata selesai masa pertumbuhannya sekitar usia 18-20 tahun. Namun keadaan tersebut berbeda untuk kelompok populasi yang mempunyai masalah gizi seperti di Indonesia. Pada populasi yang prevalensi stunting tinggi, maturasi biasanya terjadi lebih lambat. Oleh karena itu kehamilan di usia remaja akan meningkatkan risiko gangguan kesehatan pada ibu dan bayi. Risiko terjadinya berat badan lahir rendah/BBLR dan prematuritas meningkat karena pemenuhan zat gizi pada ibu hamil yang masih remaja dengan pemenuhan gizi untuk janin yang dikandungnya. BBLR dan prematuritas merupakan faktor risiko terjadinya stunting dan sebagian remaja putri akan bertumbuh pendek. Pada daur kehidupan selanjutnya, ibu yang pendek dan kemudian hamil maka akan berisiko pendek terhadap bayi yang dilahirkan (Kemenkes RI, 2016) dan (Achadi Endang, Achadi Anhari dkk, 2021).

3.3.2 Faktor Determinan Stunting Pascalahir

Penyebab stunting dan masalah gizi pada bayi dan anak mencakup asupan makanan yang komposisi zat gizinya tidak adekuat, penyakit infeksi yang dialami anak dan beberapa penyebab mendasar seperti pendidikan ibu, status ekonomi keluarga atau penghasilan rumah tangga yang rendah, praktek pengasuhan yang kurang baik, kurangnya akses air bersih dan sanitasi, terbatasnya layanan kesehatan Antenatal Care/ANC dan Post Natal Care serta pembelajaran dini yang berkualitas, keamanan pangan tidak terjamin, budaya atau tradisi yang tidak sesuai dengan pola hidup sehat.

Berikut penjelasan secara detail penyebab stunting pascalahir (TNP2K, 2017), (Rokhmah D, Ningtyias dkk, 2021) dan (Achadi Endang, Achadi Anhari dkk, 2021).

1. Asupan Zat Gizi Tidak Adekuat

Anak yang mengalami kekurangan asupan gizi dalam waktu yang lama maka akan berdampak pada gangguan pertumbuhan yang lambat. Selain mengalami pertumbuhan yang terhambat, dampak lain dari kekurangan zat gizi adalah anak akan mengalami penurunan kekebalan tubuh sehingga mudah terkena penyakit infeksi. Asupan zat gizi yang tidak adekuat antara lain tidak adanya pemberian ASI Eksklusif pada

bayi hingga usia enam bulan dan pemberian MPASI/Makanan Pendamping ASI yang tidak adekuat saat bayi berusia 6-24 bulan. Komposisi zat gizi pada ASI paling baik dan lengkap untuk memenuhi zat gizi pada bayi dan paling sesuai untuk sistem pencernaan bayi. MPASI yang tidak adekuat bisa diakibatkan karena kurang beragamnya jenis makanan dan tidak mencukupi jumlah yang dikonsumsi baik dari frekuensi maupun jumlah yang dimakan sedikit. Tidak terpenuhinya kebutuhan minimal dalam keragaman dan jumlah makanan akan menyebabkan anak mengalami kekurangan zat gizi, yang apabila berlangsung lama serta berulang dapat mengakibatkan stunting.

2. Penyakit Infeksi Pada Anak

Infeksi yang dialami anak terutama yang disertai oleh demam atau panas akan menyebabkan meningkatnya kebutuhan terhadap zat gizi karena saat panas tubuh memerlukan tambahan energi untuk melawan kuman yang menginfeksi tubuh. Asupan makanan yang tidak adekuat dan penyakit infeksi saling berinteraksi. Kekurangan zat gizi akan meningkatkan kerentanan terhadap penyakit infeksi bahkan dapat memperparah. Sedangkan penyakit infeksi meningkatkan risiko munculnya masalah dan gangguan gizi. Munculnya masalah gizi dalam waktu yang lama akan berakibat lambatnya pertumbuhan dan perkembangan, selanjutnya berisiko terhadap kejadian stunting.

3. Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan ibu yang rendah menyebabkan ibu sulit untuk memahami pesan tentang kesehatan dan gizi. Akibatnya ibu tidak mempunyai perilaku gizi dan kesehatan yang baik. Misalnya ibu tidak menyediakan makanan bergizi untuk keluarga terutama anaknya, tidak membiasakan hidup bersih dan sehat atau tidak membiasakan cuci tangan dengan sabun, tidak menggunakan air bersih setelah buang air besar dan sebelum makan atau sebelum menyiapkan makanan anak, tidak membiasakan menggunakan alas kaki dan lain sebagainya. Ibu dengan pendidikan yang rendah akan berisiko tidak memiliki pendapatan yang baik sehingga tidak dapat membantu mencukupi

kebutuhan keluarga terutama kebutuhan akan pangan dan lingkungan yang baik serta bersih.

4. Status Ekonomi Keluarga

Pendapatan keluarga dapat memengaruhi jenis makanan yang dikonsumsi. Semakin tinggi daya beli keluarga terhadap makanan, maka akan semakin beragam jenis makanan yang dikonsumsi keluarga. Pendapatan keluarga yang rendah dapat juga menyebabkan keluarga tidak mampu membeli makanan yang bergizi tinggi khususnya pangan sumber protein hewani seperti daging, ayam, ikan dan telur. Termasuk juga buah-buahan yang sangat penting bagi pertumbuhan anak. Jika tidak terpenuhi zat gizi yang adekuat akibat daya beli yang rendah maka akan mengganggu pertumbuhan anak, dan selanjutnya berisiko terhadap terjadinya stunting.

5. Praktek Pengasuhan Yang Kurang Baik

Praktek pengasuhan yang kurang baik berkaitan dengan kurangnya pengetahuan mengenai gizi dan kesehatan sebelum masa kehamilan maupun sesudah melahirkan. Fakta menunjukkan bahwa sebanyak 60% anak yang berusia 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI eksklusif. Selain itu juga sebanyak 2 dari 3 anak dengan yang berusia 6-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping ASI. Padahal ASI dan MPASI merupakan hal penting dan sangat bermanfaat bagi anak.

6. Kurangnya Akses Air Bersih dan Sanitasi

Data menunjukkan bahwa masih adanya masyarakat satu dari lima rumah tangga yang tidak memiliki jamban jika buang air besar. Masih ada masyarakat yang buang air besar di tempat terbuka seperti sungai, lapangan dan lain-lain. Masyarakat juga masih ada yang tidak memiliki sumber air bersih. Air bersih yang tidak tersedia untuk digunakan sebagai sumber air minum, memasak, mandi, mencuci maupun untuk keperluan lainnya akan menyebabkan risiko kejadian diare dan penyakit infeksi pencernaan lainnya. Hal ini tentunya akan mengganggu pertumbuhan anak.

7. Terbatasnya Layanan Kesehatan Antenatal Care dan Post Natal Care dan Pembelajaran Dini Yang Berkualitas

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI), memaparkan bahwa tingkat kehadiran anak dalam pelayanan Posyandu cenderung menurun hingga 64% dari 79% dan anak belum mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Fakta lainnya adalah dua dari tiga ibu hamil belum mengkonsumsi suplemen zat besi yang memadai serta masih terbatasnya pembelajaran dini yang berkualitas. Data Kemenkes RI menunjukkan satu dari tiga anak usia 3-6 tahun belum terdaftar di layanan Pendidikan Anak Usia Dini/PAUD.

8. Keamanan Pangan Tidak Terjamin

Keamanan pangan yang tidak terjamin berisiko terhadap makanan yang dimakan mengandung mikroorganisme yang mengganggu pencernaan yang dapat mengakibatkan penyakit infeksi. Demikian juga penggunaan zat aditif atau zat tambahan makanan yang dapat menimbulkan keracunan. Dampak selanjutnya adalah terhambatnya pertumbuhan anak yang berisiko terhadap kejadian stunting.

9. Budaya Atau Tradisi Yang Tidak Sesuai Dengan Pola Hidup Sehat

Banyak budaya yang justru merugikan dan mengakibatkan risiko terhadap timbulnya penyakit maupun status gizi yang kurang baik. Sebagai contoh masih ada masyarakat yang memberikan makanan atau minuman selain ASI ketika bayi baru lahir, atau memberikan MPASI pada bayi sebelum berusia enam bulan. Bahkan melarang pemberian telur, ikan atau pangan bergizi kepada anak. Bias gender terkait budaya juga berperan. Misalnya anak laki-laki mendapat perhatian yang lebih baik dibanding anak perempuan, mengutamakan pangan yang bergizi kepada ayah dibanding anak atau ibunya, dan lain sebagainya. Tentunya hal-hal tersebut akan berisiko terhadap pertumbuhan anak yang jika berkepanjangan akan berakibat terjadinya anak stunting.

Stunting merupakan gangguan pertumbuhan fisik akibat dari kekurangan asupan zat gizi dan penyakit infeksi yang berulang dan berlangsung dalam jangka waktu yang lama dan faktor determinan stunting adalah multi faktor. Oleh karena kejadian stunting merupakan proses yang lama dan dimulai pada usia dini yang akibatnya berjangka panjang dan serius, maka dampak

selanjutnya adalah terhadap kualitas sumberdaya manusia yang harus mendapat perhatian atau skala prioritas dalam penanganannya. Hal ini berkaitan dengan daya saing bangsa Indonesia dimasa yang akan datang.

Untuk menurunkan angka stunting pemerintah Indonesia telah menyusun lima strategi nasional melalui proses penilaian dan diagnosis secara komprehensif, hingga menentukan prioritas kegiatan yang dilakukan. Salah satu strategi pilar tersebut adalah melakukan penyalarsan perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pemantauan, dan pengendalian kegiatan lintas sektor serta antar tingkat pemerintahan dan masyarakat.

Bab 4

Dampak Stunting Masa Mendatang

4.1 Pendahuluan

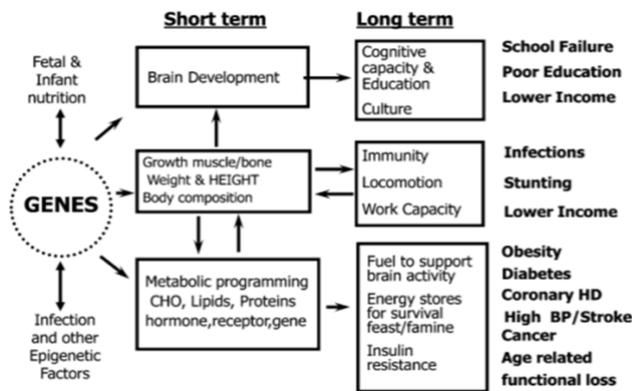
Masih banyak masyarakat yang beranggapan pertumbuhan fisik individu sepenuhnya dipengaruhi faktor keturunan. Anggapan yang keliru ini menjadi penghambat sosialisasi pencegahan stunting di mana upaya terpenting dalam pencegahan stunting adalah mencukupi kebutuhan gizi sejak dalam kandungan hingga usia 2 tahun. Diperlukan kesadaran penuh dari masyarakat untuk menerima dan menjalankan segala upaya yang diprogramkan pemerintah dalam rangka mencegah stunting (Utomo, 2018). Stunting perlu dicegah karena dampak negatif dari stunting sangat besar dan kompleks.

Sebagai pembuka, perlu diketahui bahwa kekurangan gizi pada anak berdampak secara akut dan kronis. Anak-anak yang mengalami kekurangan gizi akut akan terlihat lemah secara fisik. Anak yang mengalami kekurangan gizi dalam jangka waktu yang lama atau kronis, terutama yang terjadi sebelum usia dua tahun, akan terhambat pertumbuhan fisiknya sehingga menjadi pendek (stunted). Kondisi ini lebih berisiko jika masalah gizi sudah mulai terjadi sejak di dalam kandungan. Data-data secara nasional di Indonesia membuktikan bahwa angka stunting yang tinggi beriringan dengan kejadian kurang gizi. Seperti disebut

dalam laporan Riskesdas terakhir, ada 30,8% atau 7,3 juta anak di Indonesia mengalami stunting, dengan 19,3% atau 4,6 juta anak pendek, dan 11,5% atau 2,6 juta anak sangat pendek (Dasman, 2019).

Stunting yang terjadi sejak lahir akan memengaruhi perkembangan individu seumur hidup. Berdasarkan penelitian, bayi lahir dengan kondisi pendek atau panjang badan < 50 cm akan berisiko mengalami gangguan perkembangan sebesar 20,8% atau 3 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi normal yang risiko gangguan perkembangannya hanya sebesar 8,3%. Bayi dengan berat lahir rendah berisiko mengalami gangguan perkembangan sebanyak 35,4%, sedangkan bayi dengan berat lahir normal berisiko mengalami gangguan perkembangan sebanyak 25% (Trihono, Atmarita, Dwi Hapsari T, Anis I, Nur H, Teti T, 2015).

Faktor determinan atau penyebab bayi pendek atau stunting antara lain adalah tinggi badan ibu <150 cm, Indek Masa tubuh (IMT) ibu hamil <18,5 kg/m², penambahan berat badan selama hamil yang di bawah standar dan yang terutama adalah asupan zat gizi yang tidak memenuhi angka kecukupan gizi. Factor pendidikan dan status ekonomi juga berpengaruh pada status gizi anak pendek atau stunting. Makin tinggi pendidikan dan makin sejahtera keluarga, makin kecil prevalensi pendek atau stunting.(Trihono, Atmarita, Dwi Hapsari T, Anis I, Nur H, Teti T, 2015)



Source: Ricardo Uauy, et.al, 2011

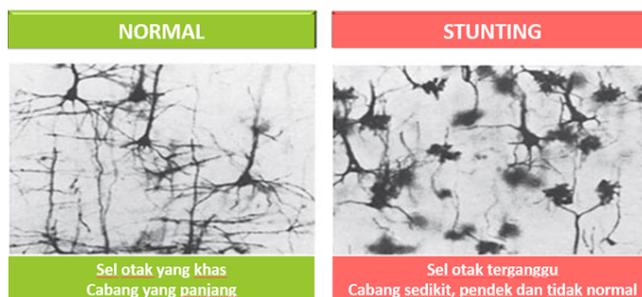
Gambar 4.1 Dampak Stunting (Trihono, Atmarita, Dwi Hapsari T, Anis I, Nur H, Teti T, 2015)

4.2 Dampak Jangka Pendek

Pada Gambar 4.1 terlihat bahwa dampak dari stunting sangat kompleks. Dampak jangka pendek adalah dampak yang langsung terjadi dan dapat dilihat atau dirasakan oleh anak yang mengalami stunting. Beberapa dampak jangka pendek stunting antara lain adalah terganggunya perkembangan otak, pertumbuhan tulang dan otot, pertumbuhan berat dan tinggi badan, komposisi tubuh, serta metabolisme tubuh.

4.2.1 Terganggunya Perkembangan Otak & Kecerdasan

Banyak penelitian mengungkapkan bahwa bila stunting sudah terjadi sejak dalam kandungan, maka pertumbuhan sel otak janin yang stunting dan janin normal akan berbeda juga.



Gambar 4.2: Perbedaan Sel Otak Anak Normal dan Stunting (Katnelson, 2015)

Seperti terlihat pada Gambar 4.2 bahwa ada perbedaan antara sel otak anak normal dengan sel otak anak stunting. Sel otak anak stunting pendek dan antar cabang tidak saling terhubung. Pendek dan tidak terhubungnya sel otak antar cabang pada sel otak anak stunting menyebabkan kecerdasan anak stunting di bawah rata-rata, dengan kata lain anak stunting cenderung memiliki IQ yang rendah (Katnelson, 2015)

4.2.2 Gangguan Pertumbuhan

Enam puluh persen anak pendek/ stunting berasal dari ibu yang juga pendek/ stunting. Prevalensi anak pendek dari ibu dengan tinggi badan < 150 cm sebesar 47,2% sedangkan dari ibu dengan tinggi badan > 150 cm adalah sebesar 36% (Atmarita, 2014). Meskipun demikian tidak dapat dikatakan bahwa pendek atau

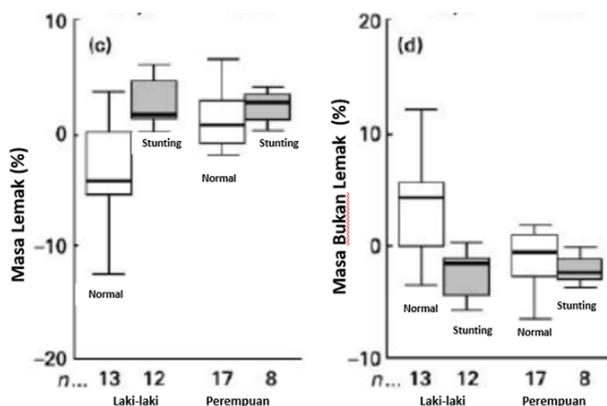
stunting adalah factor keturunan karena belum ada penelitian yang membuktikan bahwa pendek/ stunting merupakan factor keturunan. Gizi atau asupan gizi merupakan factor yang lebih penting dalam menentukan seorang anak menjadi pendek/ stunting (Utomo, 2018).

Balita stunting dinyatakan mengalami gangguan pertumbuhan karena tinggi badannya lebih rendah dari rujukan. Pada balita stunting laki-laki perbedaan tinggi badan dengan rujukan mencapai 6,7 cm. Pada balita stunting perempuan perbedaan tinggi badan dengan rujukan mencapai 7,3 cm. Gangguan pertumbuhan yang dialami balita stunting akan berdampak pada usia berikutnya. Balita laki-laki stunting akan menjadi remaja dengan rata-rata tinggi badan yang bisa dicapai adalah 162,9 cm pada usia 19 tahun, lebih pendek 13,6 cm dibanding rujukan. Balita perempuan stunting akan menjadi remaja dengan rata-rata tinggi badan yang bisa dicapai adalah 152,8 cm pada usia 19 tahun, lebih pendek 10,4 cm dibanding rujukan (Atmarita, 2014) .

4.2.3 Terganggunya Metabolisme Tubuh

Stunting merupakan salah satu bentuk gangguan gizi kronis, yaitu gangguan yang terjadi karena tidak terpenuhinya kebutuhan gizi. Perubahan struktur dan metabolisme tubuh secara permanen akan terjadi pada individu yang diawal kehidupan (janin) mengalami gangguan gizi kronis. Sebagai bentuk adaptasi tubuh terhadap tidak terpenuhinya zat gizi dan oksigen dalam kandungan, maka tubuh memperlambat pembelahan sel dan membatasi sekresi hormone pertumbuhan (Siswati, 2018).

Pada Gambar 4.3 menggambarkan tentang masa lemak dengan masa bukan lemak pada anak stunting dan bukan stunting. Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa pada anak stunting, persentase lemak tubuh lebih tinggi dibanding anak tidak stunting. Hal ini berbanding terbalik dengan persentase masa bukan lemak, di mana pada anak stunting persentase masa bukan lemak lebih rendah dari anak yang tidak stunting. Kondisi ini serupa dengan kondisi pada masa pemulihan anak stunting di mana masa lemak meningkat tetapi masa bukan lemak menurun. Pada anak stunting, protein yang tersimpan pada otot digunakan sebagai sumber energi karena tidak tercukupinya asupan zat gizi. Pada anak stunting juga terjadi peningkatan katabolisme jaringan otot karena penggunaan protein sebagai sumber energi menyebabkan turunnya masa otot (Martins et al., 2004)



Gambar 4.3: Perbedaan Persentase Masa lemak dan Persentase Masa Bukan Lemak Pada Kelompok Stunting dan Tidak Stunting (Martins et al., 2004)

4.3 Dampak Jangka Panjang

Selain dampak langsung atau dampak jangka pendek, stunting juga memiliki dampak jangka panjang seperti terlihat pada Gambar 4.1. Dampak jangka panjang stunting antara lain (Trihono, Atmarita, Dwi Hapsari T, Anis I, Nur H, Teti T, 2015):

1. Gangguan kapasitas kognitif dan pendidikan. Bila berlangsung terus, gangguan ini akan mengakibatkan kegagalan dalam menempuh pendidikan, tingkat pendidikan yang rendah dan akhirnya akan memengaruhi pendapatan
2. Gangguan imunitas dan kapasitas kerja atau produktifitas kerja. Bila gangguan ini terjadi terus menerus maka penyakit infeksi akan terus berulang serta rendahnya pendapatan
3. Sindrom metabolik yang akan menyebabkan obesitas, diabetes mellitus, penyakit jantung, stroke, kanker dan hipertensi

4.3.1 Kemampuan Kognitif Lemah & Psikomotor Terhambat

Beberapa penelitian menunjukkan anak yang tumbuh dengan stunting mengalami masalah perkembangan kognitif dan psikomotor (Dasman, 2019).

Stunting berhubungan dengan keterlambatan perkembangan yang akan berpengaruh pada kemampuan individu dalam belajar baik pada usia sekolah maupun setelah usia sekolah. Hal ini menyebabkan kemampuan anak stunting tidak berkembang dengan optimal. Selain itu, anak stunting juga mengalami gangguan sosio-emosional, gangguan motorik dan gangguan perkembangan kognitif (Oot et al., 2016).

Kemampuan intelektual anak dengan gangguan tumbuh kembang pada umumnya di bawah rata-rata dibandingkan anak dengan tumbuh kembang yang baik. Generasi yang tumbuh dengan kemampuan intelektual rendah disertai kemampuan kognitif yang juga rendah akan lebih sulit menguasai ilmu pengetahuan (sains) dan teknologi. Hal ini disebabkan karena kemampuan analisis anak stunting yang lebih lemah dibandingkan anak normal (Dasman, 2019).

Hasil test kognitif anak stunting menunjukkan nilai yang rendah, termasuk rendahnya kemampuan pengenalan akan huruf, angka, kalimat dan kata-kata. Dampak lain dari gangguan kognitif adalah kemampuan mengikuti pelajaran di bangku sekolah sangat rendah, sehingga anak stunting sering tidak naik kelas, tidak hadir di sekolah dan tidak selesai sekolah (Oot et al., 2016)

Selain kemampuan kognitif yang lemah, anak stunting juga mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan psikomotor. Hal ini menyebabkan anak stunting tidak dapat diharapkan untuk berprestasi dalam bidang olah raga atau prestasi lain yang membutuhkan kemampuan fisik. Kondisi ini menjadi ancaman bagi prestasi dan kualitas bangsa dimasa mendatang (Dasman, 2019).

4.3.2 Penyakit Sindrom Metabolik

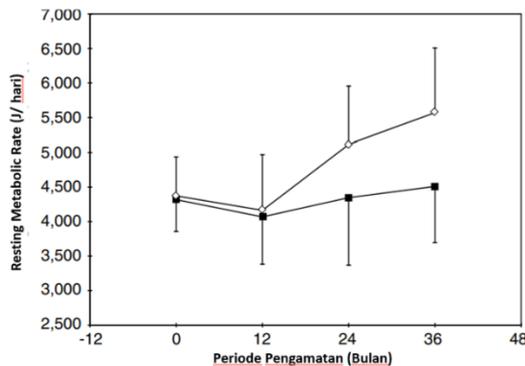
Sindrom metabolic seperti kegemukan/ obesitas, hipertensi, hiperlipidemia dan dibaetes tipe 2 sangat berhubungan dengan gangguan gizi di awal kehidupan (Daniels, 2016). Salah satu bentuk gangguan gizi di awal kehidupan adalah stunting. Pada individu yang mengalami stunting, terjadi perlambatan pembelahan sel dan pembatasan sekresi hormon pertumbuhan sehingga bila asupan gizi meningkat pada anak stunting maka terjadi peningkatan berat badan hingga obesitas (Siswati, 2018).

Kondisi obesitas di awal kehidupan akan memacu terjadinya sindrom metabolik seperti tingginya lingkar perut/ obesitas sentral, resistensi insulin, tingginya angka Indeks Masa Tubuh (IMT) serta tingginya kadar kolesterol (hiperkolesterolemia). Sindrom metabolik yang terjadi akan meningkatkan

risiko penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus tipe 2, stroke, jantung dan pembuluh darah serta semua komplikasinya (Siswati, 2018).

Persentase kejadian obesitas lebih tinggi terjadi pada anak-anak yang mengalami stunting dibandingkan anak-anak yang tidak mengalami stunting ketika usia balita (Dasman, 2019). Prevalensi kejadian berat badan berlebih dan obesitas pada anak stunting adalah sebesar 35% pada anak perempuan dan sebesar 10% pada anak laki-laki (Grillo et al., 2005). Beberapa penyebab anak stunting mengalami obesitas dimasa remaja atau dewasa adalah rendahnya resting metabolic rate anak stunting (Gambar 4.3), tingginya rasio lingk pinggang-lingkar pinggul anak stunting (Gambar 4.4) dan tingginya kenaikan berat badan per tahun pada anak stunting (Gambar 4.5) (Matrins et al., 2011).

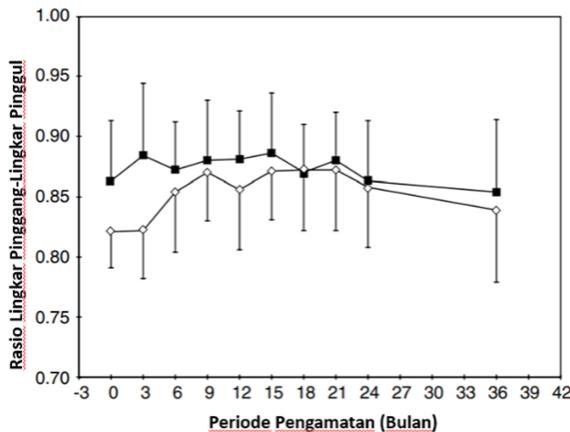
Pada Gambar 4.4 terlihat bahwa kebutuhan energi pada kondisi istirahat (Resting Metabolic Rate) anak stunting lebih rendah dibandingkan anak yang tidak stunting. Hal ini disebabkan karena luas tubuh anak stunting lebih kecil dari anak tidak stunting sehingga resting metabolic rate lebih kecil (Grillo et al., 2005). Penyebab luas tubuh anak stunting lebih kecil salah satunya adalah karena gangguan hormon pertumbuhan yang dialami anak stunting sehingga menyebabkan pertumbuhan tulang tidak maksimal dan tubuh relatif menjadi lebih pendek dibanding anak yang tidak stunting pada masa lalu (Siswati, 2018).



Gambar 4.4: Perbedaan RMR Anak Stunting dan Tidak Stunting (Grillo et al., 2005)

Pengaruh resting metabolic rate yang rendah akan berdampak pada rasio lingk pinggang – lingk pinggul anak stunting. Tingginya rasio lingk pinggang – lingk pinggul anak stunting dibanding anak tidak stunting pada Gambar 4.5 dapat menggambarkan bahwa pada anak stunting penyebaran atau distribusi

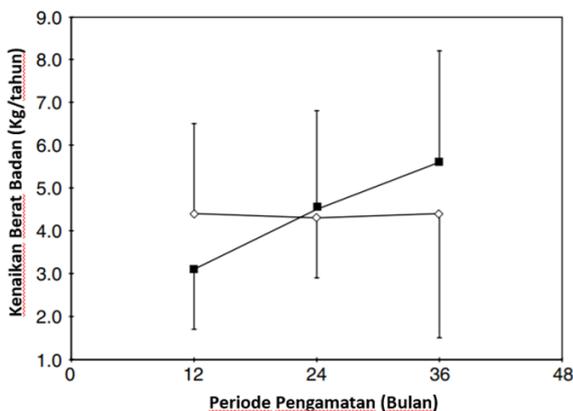
lemak tubuhnya tidak merata dan cenderung terjadi penumpukan lemak pada bagian perut atau biasa disebut dengan obesitas sentral. Beberapa penelitian mengatakan bahwa rasio lingkaran pinggang – lingkaran pinggul pada usia dewasa berhubungan erat dengan penyakit tidak menular, sehingga secara tidak langsung dapat dikatakan bahwa anak stunting yang memiliki rasio lingkaran pinggang – lingkaran pinggul tinggi akan berisiko menderita penyakit tidak menular (Grillo et al., 2005).



Gambar 4.5: Perbedaan Lingkaran Pinggang-Lingkaran Pinggul Anak Stunting dan Tidak Stunting (Grillo et al., 2005)

Pada Gambar 4.6 menjelaskan bahwa kenaikan berat badan pada anak tidak stunting cenderung stabil atau konstan dari tahun ketahun sedangkan kenaikan berat badan anak stunting terus meningkat dari waktu ke waktu. Hal ini disebabkan karena tubuh anak stunting terbiasa menggunakan energi sedikit untuk pertumbuhan namun menggunakan banyak energi untuk penambahan berat badan. Siklus inilah yang menyebabkan terjadinya kenaikan berat badan atau obesitas pada anak stunting (Grillo et al., 2005).

Pemasukan energi dan zat gizi pada anak stunting yang tidak sesuai dengan kebutuhan atau kurang dari kebutuhan menyebabkan tubuh mengurangi penggunaan zat gizi untuk pertumbuhan, energi dan oksidasi lemak namun disisi lain menyebabkan kenaikan berat badan. Banyak hormon yang bekerja untuk mengurangi atau menurunkan penggunaan energi pada anak stunting sehingga tubuh anak stunting bisa menggunakan energi secara lebih efisien atau sedikit (Matrins et al., 2011).



Gambar 4.6: Perbedaan Kenaikan Berat Badan Per Tahun Anak Stunting dan Tidak Stunting (Grillo et al., 2005)

Anak stunting cenderung mengalami masalah pada perkembangan sistem hormonal insulin dan glukagon pada pankreas yang mengatur keseimbangan dan metabolisme glukosa. Masalah ini menyebabkan keseimbangan gula darah cepat terganggu bila ada kelebihan intake kalori dan akan memicu penyakit diabetes mellitus tipe 2. Selain itu, pembentukan jaringan lemak tubuh (lipogenesis) juga lebih cepat terjadi pada anak stunting. Gangguan-gangguan yang terjadi karena stunting ini meningkatkan kejadian penyakit kronis di masa depan (Dasman, 2019)

Pada anak stunting terjadi gangguan sistem metabolisme energi yang menyebabkan resistensi insulin sehingga risiko terjadinya diabetes mellitus di masa dewasa akan meningkat. Penelitian Barker menyebutkan prevalensi resistensi insulin meningkat pada bayi yang lahir stunting (BBLR). Besarnya risiko diabetes mellitus pada dewasa stunting dengan dan tanpa obesitas bila dibandingkan dengan dewasa tidak stunting dan tidak obesitas adalah sebagai berikut dewasa stunting dengan obesitas adalah 3,4x lebih besar sedangkan dewasa stunting tanpa obesitas adalah 1,5x lebih besar. (Siswati, 2018).

4.3.3 Penurunan Pendapatan Negara

Gizi merupakan unsur penting untuk menentukan perkembangan baik perkembangan individu maupun perkembangan suatu negara. Gizi yang baik hendaknya menjadi dasar dalam menentukan tujuan perkembangan. Teratasinya segala masalah gizi harusnya menjadi tujuan utama dalam

mencapai perkembangan yang stabil (Lancet, 2013). Sebaliknya masalah gizi yang terjadi pasti akan mengganggu perkembangan individu maupun negara.

Masalah gizi seperti stunting pada masa balita menjadi ancaman bagi individu dewasa. Hal ini disebabkan karena individu dewasa yang mengalami stunting akan memiliki produktifitas rendah dan berisiko meninggal dalam usia muda. Produktifitas rendah akan menjadi kerugian bagi keluarga, komunitas bahkan negara. Kerugian yang ditanggung negara karena stunting atau masalah gizi lain adalah sebesar \$3,5 M per tahun. Kerugian ini terjadi karena rendahnya produktifitas, tingginya biaya kesehatan dan biaya pelayanan darurat (World Food Program USA, 2021).

Jika proporsi anak yang mengalami kurang gizi, gizi buruk, dan stunting besar dalam suatu negara, maka akan berdampak pula pada proporsi kualitas sumber daya manusia yang akan dihasilkan. Artinya, besarnya masalah stunting pada anak hari ini akan berdampak pada kualitas bangsa masa depan (Dasman, 2019).

Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa individu dewasa yang mengalami stunting memiliki status sosial ekonomi lebih rendah dibandingkan dengan yang tidak mengalami stunting. Hal ini terjadi karena pendapatan individu yang mengalami stunting lebih rendah dibanding individu tanpa stunting (Grillo et al., 2005)

4.3.4 Meningkatnya Angka Kesakitan

Anak stunting berisiko tinggi mengalami penyakit infeksi yang berulang. Selain itu risiko kematian karena penyakit diare, pneumonia dan rubella juga tinggi pada anak stunting. Pada saat dewasa, anak stunting berisiko mengalami penyakit kronik seperti penyakit jantung coroner (Oot et al., 2016)

Bab 5

Tahapan Tumbuh Kembang Anak

5.1 Pendahuluan

Pertumbuhan berasal dari kata "tumbuh". Berdasarkan KBBI, tumbuh memiliki pengertian yaitu timbul (hidup) dan bertambah besar atau sempurna. Bisa dikatakan pula, pertumbuhan adalah perubahan suatu fisik atau tubuh manusia secara kuantitatif karena dapat diamati dan dipantau secara jelas yang dipengaruhi oleh gen, sel, kromosom ataupun gizi seseorang, serta pengaruh lingkungan seperti olahraga dan pola hidup sehat. Sedangkan perkembangan memiliki kata yang berbeda dengan pertumbuhan, perkembangan lebih fokus kepada perubahan yang terjadi secara kualitatif.

Berdasarkan KBBI, perkembangan mengarah kepada sesuatu yang berkembang. Pengaruhnya lebih kepada ranah jasmani dan rohani manusia ke arah yang lebih baik dan sempurna serta optimal. Mengalami perubahan fungsi organ tubuh, fungsi psikologis, fungsi peran dalam lingkungan, perubahan bahasa, pola pikir serta emosi seseorang yang disebut dengan sifat multidimensi. Perkembangan yang terjadi sangat pesat yaitu pada usia anak di bawah 2 tahun atau dikenal dengan istilah periode kritis perkembangan. Menurut Riskesdas (2013), angka kejadian balita pendek disebabkan oleh kekurangan gizi di

Indonesia berjumlah 37,2% oleh sebab itu orangtua perlu memantau dan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangan anak. Di sisi lain, sangat penting seseorang berinteraksi dengan lingkungan luar karena adanya aktivitas tersebut, seseorang dapat menemukan masalah yang mencari solusi sesuai dengan masalah yang dihadapinya dan akan berdampak kepada pola pikir yang berkembang dan masuk kepada tahapan kedewasaan.



Gambar 5.1: Pertumbuhan dan Perkembangan (freepik.com)

Pertumbuhan pada anak terjadi pada 1000 hari pertama kehidupan ”1.000 HPK” sejak awal kehamilan hingga anak memasuki usia 2 tahun. Pada saat inilah terjadi pertumbuhan organ dan otak yang sangat pesat namun hal ini perlu ditunjang dengan pemberian nutrisi yang tepat sesuai dengan usia anak. Apabila hal tersebut tidak dapat terpenuhi maka anak akan memiliki risiko gangguan pertumbuhan yang sering sekali tidak cepat terdeteksi sehingga terlambat melakukan intervensi dan mengakibatkan efek yang panjang serta menurunkan kesehatan fisik, kognitif dan motorik anak.

5.2 Tahapan Tumbuh Kembang Anak

Berdasarkan pedoman SDIDTK Depkes (2012) dijabarkan tahapan tumbuh kembang anak sebagai berikut:

1. Masa prenatal yang terdiri dari masa zigot atau mudigah (sejak konsepsi sampai dengan usia kehamilan 2 minggu), masa embrio (dimulai dari usia kehamilan 2 minggu sampai dengan 8-12 minggu, dan masa janin atau fetus (dimulai dari usia kehamilan 8-12 minggu hingga berakhirnya kehamilan).

2. Masa bayi/ infant (usia bayi 0-12 bulan)
Terdiri dari masa neonatus yaitu usia 0-28 hari yang terbagi menjadi dua tahapan yaitu neonatus dini berusia 0-7 hari dan neonatus lanjutan berusia 8-28 hari. Selanjutnya adalah masa post/pasca neonatus yang terjadi mulai usia bayi 29 hari sampai 12 bulan.
3. Masa balita dan prasekolah usia 1-6 tahun
Pada masa balita dan prasekolah ini terbagi lagi menjadi dua yaitu, masa balita dimulai dari usia 12-60 bulan dan masa prasekolah dimulai dari usia 60-72 bulan.

5.2.1 Tahapan perkembangan anak berdasarkan usia

Perkembangan anak berdasarkan usia dapat dibedakan menjadi beberapa bagian sebagai berikut:

1. Usia 0-3 bulan
 - a. Mengangkat kepala setinggi 45°
 - b. Menggerakkan mata ke arah objek yang ada di depannya
 - c. Menggerakkan kepala dari kiri ke kanan dan ke tengah
 - d. Melihat dan menatap wajah orangtua (ayah/ibu)
 - e. Berceloteh spontan atau bereaksi dengan mengoceh bahasa bayi
 - f. Memperlihatkan tertawa dengan suara keras
 - g. Bereaksi terkejut terhadap suara keras
 - h. Membalas tersenyum ketika diajak bicara/tersenyum
 - i. Mengenal ibunya yang dilakukan dengan indera penciuman, pendengaran serta seringnya kontak kulit dengan ibunya.
2. Usia 3-6 bulan
 - a. Mengangkat kepala setinggi 90°
 - b. Mengangkat dada dengan bertopang tangan
 - c. Berusaha mempertahankan posisi kepala tetap tegak dan stabil
 - d. Mulai belajar meraih benda-benda yang ada di dalam dan luar jangkauannya
 - e. Meletakkan benda-benda ke mulutnya
 - f. Mempelajari lingkungan sekitar dengan memperluas pandangan matanya

- g. Tertawa saat bermain bersama
 - h. Mulai peka dan mengenali benda yang disukai dan sering dilihat
 - i. Mulai belajar untuk menggenggam pensil
 - j. Berusaha untuk memegang dan mengenali tangan atau anggota tubuhnya sendiri
 - k. Mencoba untuk mengarahkan matanya kepada objek atau benda yang lebih kecil
3. Usia 6-9 bulan
- a. Berusaha duduk sendiri tanpa dibantu
 - b. Berusaha tengkurap dan telentang tanpa bantuan
 - c. Merangkak meraih benda atau mendekati seseorang
 - d. Berhasil memindahkan benda dari satu tangan ke tangan yang lain
 - e. Menyukai melempar benda-benda
 - f. Bersuara tanpa arti
 - g. Bermain tepuk tangan/cilukba
 - h. Mengenal wajah-wajah anggota keluarga dan takut pada orang yang dianggap asing
4. Usia 9-12 bulan
- a. Dapat berdiri sendiri tanpa perlu bantuan
 - b. Dapat berjalan ketika ditutun
 - c. Mengangkat benda ke posisi berdiri
 - d. Dapat berdiri berpegangan kursi selama 30 detik
 - e. Menggenggam sebuah pensil
 - f. Mengulurkan tangan untuk meraih benda yang diinginkan
 - g. Memasukkan benda ke mulutnya
 - h. Menirukan suara
 - i. Belajar mengucapkan satu atau dua kata secara spontan
 - j. Memahami larangan
 - k. Mengenali anggota keluarga dan takut kepada orang yang belum pernah dijumpainya
5. Umur 12-18 bulan
- a. Berdiri tanpa berpegangan di sekitarnya
 - b. Mengambil mainan dan kembali ke posisi berdiri

- c. Berjalan mundur
 - d. Memanggil ayah dengan kata pa-pa, dan memanggil ibu dengan kata ma-ma
 - e. Mampu menumpuk 2 buah kubus
 - f. Memasukkan mainan ke dalam kotak
 - g. Mengeluarkan suara yang menyenangkan
 - h. Memperlihatkan rasa cemburu dan bersaing dengan saudaranya
6. Umur 18-24 bulan
- a. Berdiri tanpa berpegangan
 - b. Belajar naik turun tangga dengan bantuan
 - c. Melambatkan tungan
 - d. Menunjukkan bagian tubuhnya seperti mata dan hidung
 - e. Belajar makan tanpa disuap
 - f. Meniru pekerjaan rumah tangga yang sering dilihatnya
 - g. Belajar makan dan minum sendiri
 - h. Belajar meniru yang dikerjakan temannya saat bermain bersama
 - i. Menyusun 4 buah kubus



Gambar 5.2: Perkembangan anak bermain (freepik.com)

7. Umur 24-36 bulan
- a. Belajar naik turun tangga tanpa bantuan
 - b. Mencoret pensil di atas kertas
 - c. Dapat bicara dengan baik sebanyak 2 suku kata
 - d. Dapat menjawab dan menunjukkan satu atau lebih bagian tubuhnya ketika diminta

- e. Dapat menggambar lingkaran
 - f. Belajar melepas pakaiannya sendiri dengan bantuan
8. Umur 36-48 bulan
- a. Dapat berdiri sendiri dengan 1 kaki selama 2 detik
 - b. Berjalan-jalan sendiri mengunjungi teman di sekitarnya
 - c. Mengayuh sepeda beroda tiga
 - d. Dapat bermain dan menumpuk 8 buah kubus
 - e. Mengenal minimal 2 warna
 - f. Belajar mengenakan pakaian dan membuka pakaian sendiri
 - g. Menggambar garis silang
 - h. Berbicara dengan baik dan jelas
 - i. Menyebut nama, umur, dan jenis kelamin
 - j. Banyak bertanya kepada orang dewasa
 - k. Mengenal bagian sisi atas, bawah, muka dan belakang
 - l. Bermain dengan anak lain dan menunjukkan rasa kasih sayang
 - m. Mencuci dan mengeringkan tangan sendiri
 - n. Mendengarkan cerita
9. Umur 48-60 bulan
- a. Berusaha berdiri sendiri dengan 1 kaki selama 6 detik
 - b. Melompat dan menari
 - c. Menggambar bentuk segitiga dan segiempat
 - d. Menggambar bagian tubuhnya dari kepala, lengan dan badan
 - e. Pandai berbicara
 - f. Lebih banyak bertanya
 - g. Dapat menghitung angka dengan jari-jarinya
 - h. Mendengar dan mengulangi hal penting dari suatu cerita yang didengarnya
 - i. Dapat memberikan sanggahan terhadap sesuatu yang dilarang
 - j. Mengenal 4 warna
 - k. Dapat membedakan bentuk dan ukuran benda yang besar dan kecil
 - l. Berminat pada aktivitas orang tua yang diliharnya
 - m. Dapat menyebutkan hari-hari dalam seminggu
 - n. Menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang benar

- o. Berpakaian sendiri tanpa bantuan
 - p. Menerima dengan baik ketika ditinggal orangtua bekerja
10. Usia 60-72 bulan
- a. Berjalan lurus dan sempurna
 - b. Berdiri menggunakan 1 kaki selama 11 detik
 - c. Menggambar orang dengan bagian tubuh lengkap
 - d. Menangkap bola kecil dengan kedua tangannya
 - e. Mengerti arti lawan kata yang diberikan
 - f. Memahami cerita yang menggunakan 7 kata atau lebih
 - g. Mengenal lebih banyak warna
 - h. Mengikuti aturan permainan dengan baik
 - i. Berminat pada aktivitas orang dewasa

5.2.2 Tahapan perkembangan anak berdasarkan psikoseksual

1. Fase Oral (0-2 tahun)

Melalui fase ini, bayi biasanya akan mendapatkan pengalaman yang baru dari yang ia rasakan di mulutnya. Pada fase ini berkaitan dengan menyusu, menggigit, menghisap dan merasakan benda-benda yang berbeda bentuk ke dalam mulutnya. Dari fase ini, dapat dilihat manfaat positifnya adalah kepuasan/kebanggaan bagi anak, namun terdapat dampak negatifnya pula seperti anak menangis dan marah ketika keinginan oralnya tidak seluruhnya terpenuhi.

2. Fase Anal (1-3 tahun)

Pada fase ini, kepuasan dan kesenangan anak tidak hanya didapat dari mulutnya saja namun perlu juga mendorong sesuatu keluar dari anus yang artinya, anak sudah dibimbing untuk buang air besar. Sisi positif yang akan terbentuk adalah fungsi tubuh anak memberikan kepuasan pada saluran pencernaan dan juga di sekitar anus, anak juga senang apabila BAB/BAK dilakukan sendiri. Dari fase ini, orangtua perlu terus bersabar dalam membimbing anak melalui tahap "toilet training" karena hal ini membutuhkan waktu yang cukup panjang hingga akhirnya anak mengerti dan dapat melakukannya dengan baik.

3. Fase Phalic (3-6 tahun)

Pada fase ini anak akan semakin ingin mengenal alat kelaminnya, anak pun sudah mulai memahami perbedaan antara laki-laki dan perempuan.

4. Fase Latens (6-12 tahun)

Pada fase ini anak akan berorientasi sosial pada lingkungan sekitarnya. Aktivitas dapat disalurkan seperti belajar, hobi dan interaksi sosial dengan teman sebaya ataupun dengan orangtua diluar keluarga inti. Fase ini bertujuan untuk mengembangkan keterampilan sosial dan komunikasi yang sehat.

Perkembangan ego dan superego yang muncul pada anak diaplikasikan pula pada kepedulian terhadap orang lain serta semakin munculnya intelektualitas anak sehingga anak akan lebih banyak energi untuk belajar dan berinteraksi di lingkungannya.

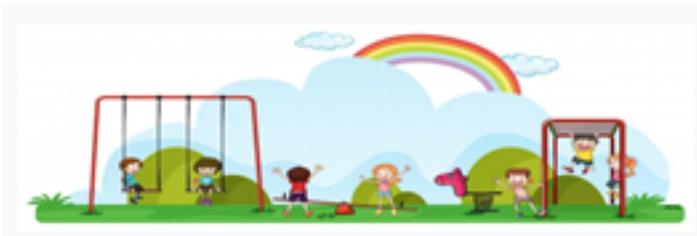
5. Fase Genital (>12 tahun)

Pada fase ini akan terjadi pubertas pada anak laki-laki maupun perempuan, yang akan menyebabkan anak masuk ke tahap perkembangan psikoseksual akhir ditandai dengan adanya pengembangan minat pada lawan jenisnya. Fase ini tidak hanya dialami pada masa pubertas tetapi akan terus berlangsung di sepanjang hidup seseorang. Pada fase ini pula anak akan lebih mandiri dan menuju dewasa sehingga tidak tergantung pada orangtua dan akan bertanggung jawab kepada dirinya sendiri. Apabila anak mampu melewati fase perkembangan ini maka anak akan terbentuk kepribadian yang mandiri dan sehat.

5.2.3 Tahapan perkembangan anak berdasarkan psikososial

Perkembangan kepribadian seseorang berasal dari pengalaman sosial sepanjang hidup yang dikenal dengan istilah perkembangan psikososial. Perkembangan inilah yang akan memengaruhi kualitas ego secara sadar namun akan terus berubah apabila mendapatkan pengalaman yang baru dan mendapat informasi dari interaksinya dengan orang lain. Menurut Erikson, seseorang bisa saja mengalami konflik selama hidupnya namun inilah sebagai titik balik

perkembangan kualitas psikologis dalam mengembangkan kualitas pribadi dalam kehidupan seseorang.



Gambar 5.3: Interaksi sosial anak (freepik.com)

Menurut Erikson, perkembangan psikososial dapat dibedakan menjadi:

1. Percaya vs tidak percaya (0-1 tahun)
Rasa percaya timbul apabila pemenuhan kebutuhan fisik, psikologis dan sosial tercipta dengan adekuat. Sedangkan rasa tidak percaya akan timbul bila kebutuhan dasar tidak terpenuhi secara adekuat.
2. Otonomi vs rasa malu dan ragu (1-3 tahun)
Pada usia 1-3 tahun fungsi alat gerak dan perasaan semakin matang dan akan muncul rasa percaya kepada ibu dan lingkungan sekitarnya. Pemikiran untuk otonomi akan memusatkan pada peningkatan kemampuan anak untuk mengontrol dirinya.
3. Inisiatif vs rasa bersalah (3-6 tahun)
Pada usia 3-6 tahun anak akan belajar mengendalikan diri dan timbul inisiatif. Anak juga memiliki peningkatan dalam berbahasa namun apabila tujuan atau kegiatannya tidak tercapai, anak akan merasa bersalah akan usaha dan imajinasinya.
4. Industri vs inferioritas (6-12 tahun)
Pada usia ini anak akan mampu menghadapi dan menyelesaikan tugas agar dapat menghasilkan sesuatu dan mandiri tanpa pendampingan orangtuanya. Dalam proses pendidikan anak akan belajar untuk kompetitif dan juga kooperatif terhadap orang lain, belajar mematuhi peraturan yang berlaku.

5. Identifikasi vs difusi peran (12-18 tahun)

Pada usia ini anak akan mengalami perubahan fisik dan jiwa seperti orang dewasa pada umumnya dan pentingnya mencari identitas dalam bidang seksualitas dan umur seseorang. Anak akan lebih banyak berinteraksi dengan kelompok atau teman sebaya sehingga meningkatkan identitas dirinya. Tetapi apabila anak mengalami difusi peran atau kehilangan percaya diri biasanya anak tidak akan mampu mengatasi konflik.

Bab 6

Pencegahan dan Penanganan Stunting

6.1 Pendahuluan

Stunting merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama terutama untuk negara berkembang yang terletak di Sub-Sahara Afrika dan Asia Tenggara, dengan perkiraan 158,6 juta anak terkena dampak pada tahun 2014. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa total 49,2% anak-anak yang kekurangan gizi kronis, contoh di Madagaskar pada tahun 2014 menempatkan negara di antara mereka dengan prevalensi stunting tertinggi di dunia (Rakotomanana et al., 2017).

Stunting terjadi akibat dari kekurangan gizi kronis yang menyebabkan konsekuensi negatif jangka pendek dan panjang jika tidak ditangani sejak dini. Hasil negatif pada jangka pendek sebagian besar diantaranya adalah kerentanan terhadap berbagai infeksi seperti diare dan pneumonia karena sistem kekebalan yang lebih lemah (Prendergast & Humphrey, 2014). Anak-anak stunting tidak mencapai potensi perkembangan optimal pada aspek kognitif dan prestasi pendidikan menjadi lebih buruk dibandingkan dengan rekan-rekan mereka yang bergizi baik (Rakotomanana et al., 2017).

Berdasarkan kerangka kerja UNICEF, ada tiga kategori utama determinan malnutrisi anak: penyebab langsung, penyebab yang mendasari, dan penyebab dasar. Faktor risiko langsung atau biologis termasuk jenis kelamin, usia dan berat lahir anak. Faktor rumah tangga seperti kekayaan keluarga, sanitasi, dan ukuran rumah tangga adalah di antara penyebab yang mendasarinya. Selanjutnya, karakteristik ibu seperti pendidikan, perawakan ibu, indeks massa tubuh, akses ibu ke perawatan kesehatan, dan usia ibu saat melahirkan pertama merupakan penentu kuat terjadinya stunting. Kemiskinan, kekurangan modal, dan ketidakstabilan politik adalah beberapa penyebab dasar kekurangan gizi. Daerah tempat tinggal juga merupakan penentu stunting karena anak-anak pedesaan lebih terpengaruh. Penentu dasar kuat lainnya adalah lokasi geografis (Rakotomanana et al., 2017).

Pengaruh gizi buruk terlihat pada pertumbuhan fisik yang kurang optimal pada anak-anak yang kekurangan gizi, terutama di banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah. Kekurangan gizi dalam 1000 hari pertama pasca konsepsi merugikan kesehatan kognitif dan fisik anak karena ini adalah periode penting untuk perkembangan otak yang tepat dan pertumbuhan linier. Kekurangan gizi memiliki konsekuensi jangka pendek dan jangka panjang bagi kesehatan anak-anak, dan berdampak buruk pada produktivitas ekonomi suatu negara. Hal ini terkait dengan pendidikan yang rendah, tingkat kecerdasan yang rendah dan dengan demikian produktivitas ekonomi yang buruk di masa dewasa; dan menciptakan tantangan sosial dan ekonomi di masyarakat (Akombi et al., 2017).

Studi tentang kurang gizi anak yang dilakukan di berbagai negara menyoroti faktor penyebab potensial yang konsisten dengan kerangka konseptual UNICEF, yang dikembangkan sebagai bagian dari Strategi Nutrisi UNICEF untuk meningkatkan gizi anak. Seperti yang diperlihatkan dalam kerangka tersebut, malnutrisi anak merupakan hasil dari serangkaian pemicu langsung (tingkat individu), yang mendasari (tingkat rumah tangga atau keluarga), dan dasar (tingkat masyarakat) yang bekerja secara sinergis, di mana determinan pada satu tingkatan memengaruhi tingkatan lain. Penyebab langsung adalah dampak dari penyebab dasar dan penyebab mendasar yang beroperasi pada tingkat individu melalui asupan makanan yang tidak memadai dan penyakit. Penyebab yang mendasari fokus pada keamanan pangan rumah tangga, area rumah tangga yang tidak segar, layanan kesehatan yang tidak mencukupi, perawatan dan cara pemberian makan yang tidak mencukupi. Penyebab dasar mencerminkan proses sosial, budaya, struktural, ekonomi dan politik dalam

masyarakat yang mengakibatkan tidak memadainya modal finansial, manusia, fisik dan sosial yang memengaruhi akses rumah tangga kepada jumlah serta mutu sumber daya yang mencukupi. Kerangka itu berperan selaku bimbingan dalam menganalisis penyebab malnutrisi dan membantu dalam mengidentifikasi strategi intervensi multi-sektoral dan multidimensi yang paling tepat (Akombi et al., 2017).

Pada Mei 2012, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengadopsi resolusi tentang ibu, bayi dan nutrisi anak yang mencakup enam sasaran global buat kurangi bobot besar penyakit yang terkait dengan malnutrisi, terutama pada masa kritis dari konsepsi sampai usia 24 bulan. Sasaran pertama mengatasi momok pengerdilan dan bertujuan untuk mengurangi 40% jumlah anak di bawah 5 tahun usia pada tahun 2025 (De Onis et al., 2013).

Pada tahun 2013 Indonesia, bersumber pada hasil Riskesdas tahun 2013, besarnya masalah Stunting relatif sama sekitar 37% dari tahun 2007 sampai 2013. Dari 33 provinsi di Indonesia, lebih dari setengahnya memiliki angka prevalensi di atas rata-rata nasional. Sedangkan prevalensi BBLR menurut hingga Riskesdas 11,1% (2010) dan 10,2% (2013); Itu Proporsi pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan masih rendah (15,3%). Salah satu alasannya adalah karena ada signifikan hubungan antara berat badan saat lahir dengan pemberian ASI dan MPASI yang kurang optimal pada 1000 hari pertama kehidupan (Anggraini and Romadona, 2020).

Laporan Gizi Global 2016 menempatkan prevalensi stunting di Indonesia pada nomor 108 dari 132 negara. Laporan sebelumnya mengkategorikan Indonesia sebagai salah satu dari 17 negara yang menghadapi double beban gizi kurang dan gizi lebih. Di kawasan Asia Tenggara, hanya Kamboja yang memiliki tingkat prevalensi stunting yang lebih tinggi (Republic of Indonesia, 2018)

Indonesia di tahun 2019, termasuk dalam lima negara dengan jumlah kasus stunting tertinggi secara global. Meskipun angka stunting telah turun dari 37,2% pada 2013 menjadi 27,7% pada 2019, intervensi percepatan penurunan stunting yang terintegrasi harus terus dioptimalkan sesuai amanat Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024. Dibutuhkan usaha keras dari semua pihak melalui kemitraan dan kolaborasi untuk mencapai target prevalensi stunting turun hingga 14% di tahun 2024 (Modul, Jonie and Pusdiklat, no date)

Balita/Baduta (Bayi di bawah usia Dua Tahun) yang penderrita stunting akan rendahnya tingkat intelektual, menjadikan anak lebih berisiko pada penyakit dan

menurunnya tingkat produktivitas dimasa depan. Secara luas pada akhirnya stunting berisiko membatasi pertumbuhan ekonomi, kemiskinan dan memperlebar kesenjangan (TNP2K, 2017)

6.2 Pengertian Stunting

Apa itu stunting? Kegagalan anak-anak untuk mencapai potensi pertumbuhan dan perkembangan mereka karena efek kumulatif dari kekurangan nutrisi yang terus-menerus ('Strategy for Stunting Reduction & Prevention':, no date) Stunting, dalam bahasa indonesia sering disebut dengan 'kerdil' atau 'pendek', adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak di bawah lima tahun dampak dari masalah gizi kronis dan infeksi/penyakit berulang, terutama pada 1.000 hari pertama kehidupan, mulai dari konsepsi sampai usia 23 bulan. Anak dikatakan stunting bila panjang atau tinggi badannya lebih dari dua deviasi standar di bawah median panjang tubuh atau tinggi anak-anak pada usia yang sama (Modul, Jonie and Pusdiklat, no date; Republic of Indonesia, 2018).

Stunting merupakan situasi yang mana anak balita (bayi di bawah lima tahun) mengalami gagal tumbuh sebagai dampak dari kekurangan gizi kronis sehingga anak sangat pendek untuk umurnya. Kekurangan gizi terjalin semenjak bayi dalam kandungan dan pada era dini selepas kelahiran bayi. Akan tetapi, stunting terlihat setelah bayi berumur 2 tahun. Balita pendek (stunted) dan sangat pendek (severely stunted) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS. Sebaliknya stunting bagi Kementerian Kesehatan (Kemenkes) merupakan anak balita dengan nilai z-scorenya kurang dari $-2SD$ /standar deviasi (stunted) dan kurang dari $-3SD$ (severely stunted) (Targets, no date; TNP2K, 2017; Rahmadhita, 2020)

Survei Kesehatan Nasional (Riskesdas) 2018 mengungkapkan penurunan 6,4% pada prevalensi stunting pada skala nasional selama periode lima tahun dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018). Proporsi anak balita dengan gizi 'normal' juga meningkat, dari 48,6% (2013) menjadi 57,8% (2018). Anak-anak dalam kategori lain mengalami berbagai masalah terkait gizi (Modul, Jonie and Pusdiklat, no date; Republic of Indonesia, 2018; Rahmadhita, 2020).

Stunting dan bentuk kekurangan gizi lainnya yang dialami selama 1.000 hari pertama kehidupan, selain menghadirkan kendala untuk perkembangan fisik

serta kerentanan pada penyakit, juga membatasi perkembangan kognitif, memengaruhi kemampuan kognitif dan produktivitas di kemudian hari. Diperkirakan stunting dan bentuk-bentuk malnutrisi lainnya menyebabkan kerugian 3% dari PDB setiap tahun (Republic of Indonesia, 2018).

6.3 Penyebab Stunting

Stunting diakibatkan oleh banyak dimensi jadi tidak hanya disebabkan oleh faktor kurang baiknya gizi pada ibu hamil dan balita. Untuk dapat mengurangi prevalensi stunting sangat diperlukan intervensi pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dari anak balita. Beberapa hal menjadi pemicu kejadian stunting yaitu sebagai berikut: 1) Pola asuh yang kurang baik, dimana wawasan ibu sangat minim akan kesehatan dan gizi sebelum, pada masa kehamilan, pasca ibu melahirkan. 2) Terbatasnya layanan ANC-Ante Natal Care, Post Natal Care dan pembelajaran dini yang berkualitas. 3) Kemampuan rumah tangga/keluarga pada akses makanan bergizi yang masih minim. 4) Akses ke air bersih serta sanitasi yang masih minim (TNP2K, 2017).

6.4 Pencegahan dan Penanganan Stunting

UU No 36 Tahun 2009 mengatur tentang upaya perbaikan gizi pada masyarakat dalam hal arahan, tujuan dan strategi perbaikan gizi pada masyarakat. Secara umum UU ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas gizi dasar pada tingkat individu dan masyarakat. UU tersebut menjelaskan rinci empat poin strategi dalam meningkatkan gizi masyarakat: 1) Penting untuk memperbaiki pola konsumsi pangan dengan gizi yang seimbang; 2) Penting untuk memperbaiki terkait dengan perilaku kesadaran pada gizi, aktivitas pada fisik dan aspek kesehatan; 3) Akses dan kualitas pelayanan faktor gizi ditingkatkan dengan memanfaatkan aspek pengetahuan dan aspek teknologi; dan 4) Penting untuk ketahanan pangan ditingkatkan dan peningkatan pengawasan pada sektor gizi. UU Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan dimana dijelaskan bahwa keadaan gizi masyarakat mesti diperhitungkan ke dalam strategi pembangunan pangan dimana memerlukan peran strategis dari pemerintah di pusat dan dari

pemerintah di daerah agar menyusun Rencana Aksi Pangan dan Gizi (RAPG) setiap lima tahun (Rakotomanana et al., 2017).

Untuk mencegah dan mengurangi stunting, pemerintah sudah membuat sejumlah kebijaksanaan serta konsep. Upaya pemerintah untuk mengatasi stunting diawali pada tahun 2011 saat Indonesia dengan Gerakan global Scaling Up Nutrition (SUN). Gerakan tersebut dibuka pada tahun 2010 dengan prinsip bahwa seluruh bangsa berhak atas kecukupan jumlah makanan bergizi (Rakotomanana et al., 2017).

Mengurangi stunting membutuhkan upaya bersama untuk mengintegrasikan intervensi nutrisi-spesifik dan intervensi nutrisi-sensitif. Pengalaman global telah membuktikan bahwa intervensi terstruktur menargetkan kelompok prioritas di lokasi prioritas adalah kunci untuk meningkatkan gizi dan perkembangan anak dan mengurangi stunting. Inisiatif untuk mempercepat pengurangan stunting, pemerintah mencanangkan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Genas PPG) berdasarkan Perpres No 42 Tahun 2013 tentang Strategi Nasional Percepatan Peningkatan Nutrisi. Gerakan Nasional dikoordinasikan oleh Menteri Koordinator Bidang Kemanusiaan dan Pengembangan Budaya, sebagai Ketua Gugus Tugas. Lewat gerakan nasional ini, pemerintah mengeluarkan Kerangka Kebijakan dan Pedoman Perencanaan dan Penganggaran, kerangka kebijakan menempatkan fokus yang signifikan pada pengurangan stunting. Indikator pengurangan stunting dan target tersebut termasuk dalam target pembangunan nasional dalam Jangka Menengah Nasional 2015-2019 Rencana Pembangunan (RPJMN) (Republic of Indonesia, 2018).

Berbagai program yang terkait dengan pengurangan stunting telah dilaksanakan pada skala yang relatif kecil dengan hasil yang kurang efektif seperti imunisasi dasar, pemberian ASI eksklusif, air minum yang bersih, Sanitasi dan lainnya. Bank Dunia bersama Kementerian Kesehatan dalam sebuah studi mengungkapkan jika terdapat sangat besar jumlah ibu hamil dan anak di bawah usia dua tahun yang mana mereka tidak memperoleh akses yang memadai ke layanan dasar, termasuk akses ke intervensi gizi-spesifik dan gizi-sensitif di 1.000 hari pertama kehidupan sangat penting untuk perkembangan anak. Ada terdapat 28,7% anak di bawah usia dua tahun mempunyai akses ke tempat layanan dasar yang bersamaan, biasanya meliputi akses akta saat kelahiran bayi, air layak minum, sanitasi serta ASI eksklusif. Sementara itu, mereka yang mempunyai akses ke delapan dasar jasa menyumbang kurang dari 0,1%. Riset

menyimpulkan bahwa terintegrasi atau intervensi nutrisi konvergen diperlukan untuk mengurangi stunting dan malnutrisi (Republic of Indonesia, 2018).

Intervensi Gizi Spesifik dan intervensi Gizi Sensitif adalah Upaya pemerintah untuk mencegah dan mengurangi prevalensi stunting. Intervensi Gizi Spesifik adalah perlakuan yang diberikan kepada anak dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) juga memberikan kontribusi sebesar 30% penurunan stunting, umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan, diantaranya yang utama adalah:

1. Sasaran Ibu Hamil. Intervensi dilakukan dengan cara diberikan makanan tambahan (PMT) untuk ibu hamil tersebut untuk mengatasi defisit tenaga serta protein kronis, kurang zat besi dan juga asam folat, kekurangan iodium, kecacingan ibu yang hamil serta mencegah ibu yang hamil dari Malaria.
2. Sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-6 Bulan. Melaksanakan intervensi lewat berbagai program yang mendukung inisiasi menyusui dini/IMD yakni diberikan ASI jolong/colostrum serta didorong untuk diberikan ASI Eksklusif.
3. Sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 7-23 bulan. Intervensi ini mencakup aktivitas guna mendukung diberikan ASI sampai anak/bayi usia ditahap 23 bulan. Kemudian saat usia bayi di atas 6 bulan diberikan MP-ASI, obat cacing tersedia, zink, diberikan fortifikasi zat besi pada makanan, dilindungi akan malaria, diberi imunisasi yang lengkap, juga dilakukan upaya mencegah diare (TNP2K, 2017)

Intervensi Gizi Sensitif dilaksanakan lewat program pembangunan beragam pada luar sektor kesehatan. Kegiatan intervensi ini berkontribusi terhadap 70% penanganan stunting. Sasaran merupakan warga secara publik artinya tidak hanya ibu hamil juga balita pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan/HPK.

Kegiatan intervensi ini yang utama diantaranya:

1. Mengadakan dan dipastikannya akses air bersih.
2. Mengadakan dan dipastikan akses sanitasi.
3. Dilakukan fortifikasi bahan pangan.
4. Mengadakan akses terhadap pelayanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB).

5. Mengadakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
6. Mengadakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal).
7. Mengadakan pendidikan pengasuhan pada orang tua.
8. Diadakan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) Universal.
9. Diberikan pendidikan gizi masyarakat.
10. Diberikan edukasi tentang kesehatan seksual dan reproduksi, juga gizi pada remaja.
11. Diberikan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin.
12. Ditingkatkan ketahanan pangan dan gizi (TNP2K, 2017).

Rapat Koordinasi Tingkat Menteri yang dilaksanakan pada tanggal 9 Agustus 2018, menetapkan Lima Pilar Pengurangan Stunting:

1. Komitmen dan visi kepemimpinan;
2. Kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku;
3. Konvergensi, koordinasi, dan program nasional, regional dan desa konsolidasi;
4. Gizi dan ketahanan pangan, dan;
5. Pemantauan dan evaluasi; Kementerian/Lembaga dalam upaya percepatan pengurangan stunting, percepatan pengurangan stunting bidang dan strategi prioritas, serta menyusun strategi kampanye nasional pengurangan stunting (Republic of Indonesia, 2018) .

Untuk mempercepat penanggulangan dan pencegahan stunting Pemerintah sudah menetapkan lima strategi nasional. Strategi tersebut disusun lewat cara evaluasi pada penilaian termasuk diagnosis komprehensif, untuk menentukan hal yang utama pada program yang akan dilaksanakan.

1. Strategi yang pertama adalah pada komitmen dan visi kepemimpinan. Langkah pada tahap ini dimaksudkan untuk dapat memberikan keyakinan bahwa pencegahan stunting harus menjadi prioritas pemerintah dan masyarakat di pusat sampai di daerah di semua level. Komitmen dan visi Presiden dan Wakil Presiden mempercepat dicegahnya kejadian stunting diharap fokus, koordinasi serta menguatkan strategi, kebijakan dan sasaran untuk pencegahan stunting. Presiden mengatakan bahwa untuk dapat tercipta sumber

daya manusia yang dapat bersaing di area regional dan global, angat butuh manusia sehat, yang kuat dan juga kokoh. Hal inilah yang menjadi komitmen presiden. Pilar ini dikoordinasikan pada Sekretariat Wakil Presiden.

2. Strategi kedua, dalam upaya percepatan penurunan stunting yaitu dilakukan kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku. Dengan cara ini harapan pemerintah dapat timbul masyarakat yang sadar dan terjadi perilaku yang berubah pada masyarakat. Ini akan menjadi kunci penanggulangan dan pencegahan stunting bisa berhasil di Indonesia. Adanya Koordinasi dari Kementerian Komunikasi dan Informatika dan Kementerian Kesehatan saat penerapan strategi ini.
3. Strategi ketiga adalah konvergensi program di pusat, di daerah dan di desa. Dikuatkannya koordinasi dan konsolidasi program termasuk kegiatan pusat, di daerah, dan desa oleh pemerintah. Konvergensi adalah pendekatan intervensi/tindakan terkoordinasi, terintegrasi, dan kolektif terkait upaya mencegah stunting ke sasaran kunci yang menjadi prioritas. Kunci keberhasilan adalah perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pemantauan dan pengendalian kegiatan lintas sektor serta antar tingkat pemerintahan dan masyarakat. Koordinasi oleh Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional dan Menteri Dalam Negeri
4. Strategi keempat adalah ketahanan pangan dan gizi. Dimana cara yang ditempuh pemerintah adalah ditingkatkannya akses masyarakat ke pangan dan ketahanan pangan akan senantiasa didorong maju. Termasuk penguatan kebijakan untuk terpenuhinya kebutuhan gizi dan pangan masyarakat, antara lain tercukupinya kebutuhan pangan dan gizi keluarga, pemberian bantuan pangan dan pangan tambahan, investasi dan inovasi pengembangan produk, serta keamanan pangan sesuai dengan amanat UU No.18/2012 tentang Pangan dan UU No.36/2009 tentang Kesehatan. Koordinasi oleh Menteri Pertanian dan Menteri Kesehatan.
5. Strategi kelima adalah monitoring dan evaluasi. Monitoring dan evaluasi merupakan upaya untuk memastikan bahwa apa yang

dilakukan dapat berjalan sesuai dengan yang direncanakan. Pemerintah akan dijamin terselenggaranya pelayanan yang berkualitas pada masyarakat dan meningkatkan akuntabilitas jalannya program. Di sisi lain, Kementerian Komunikasi dan Informatika sebagai koordinator pada kegiatan kampanye nasional dengan menggunakan berbagai media, TV, radio, media cetak, online, media sosial, pertunjukan dan forum publik. (TNP2K, 2017; Republic of Indonesia, 2018; Djamil, 2020; Sekretariat, Ri and Presiden, 2020)

Bab 7

Peran Pemerintah Menangani Stunting

7.1 Pendahuluan

Upaya penanggulangan malnutrisi salah satunya dimulai dengan tergabungnya Indonesia dalam MDGs (Millenium Development Goals) pada awal tahun 2000. MDGs mengawali adanya pendekatan terintegrasi melibatkan semua stakeholder dalam rangka semua masalah global salah satunya adalah malnutrisi. Upaya spesifik dalam rangka penanggulangan malnutrisi adalah Scalling Up Nutrition (SUN) Movement pada tahun 2011. Upaya nyata dalam kegiatan tersebut adalah scalling up fortifikasi mikronutrien pada produk pangan yang melibatkan semua stakeholder (Giriwono and Indrayana, 2015).

Upaya tersebut dilanjutkan pada tahun 2013, pemerintah Indonesia melalui Peraturan Presiden No. 42/2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) dan kemudian pencegahan stunting dicanangkan secara policy dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015 – 2019. Sehingga hal tersebut tertulis dalam Strategi Nasional (Stranas) Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) periode 2018 – 2024 (Sekretariat Wakil Presiden, 2019). Regulasi yang terbaru adalah Peraturan

Presiden Republik Indonesia nomr 72 tahun 2021 terkait percepatan penurunan Stunting.

Peraturan presiden adalah adalah Peraturan Perundangundangan yang ditetapkan oleh Presiden untuk menjalankan perintah Peraturan Perundangundangan yang lebih tinggi atau dalam menyelenggarakan kekuasaan pemerintahan. Dalam Penyusunan dibentuk kepanitiaan antarkementerian dan atau antarnonkementerian sehingga dapat terjadi harmonisasi dan pemantapan konsepsi (Presiden RI, 2011). Salah satu peran utama pemerintah pusat dalam rangka percepatan penurunan stunting adalah menelurkan regulasi yang akan dilaksanakan oleh kementerian, pemerintah provinsi sampai dengan pemerintah daerah sehingga terdapat langkah yang berkesinambungan dan terintegrasi.

7.2 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 Tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi merupakan salah satu kebijakan pemerintah dalam rangka penanggulangan malnutrisi di Indonesia. Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi adalah upaya bersama antara pemerintah dan masyarakat melalui penggalangan partisipasi dan kepedulian pemangku kepentingan secara terencana dan terkoordinasi untuk percepatan perbaikan gizi masyarakat prioritas pada seribu hari pertama kehidupan (Sekretariat Kabinet RI, 2013).

Fokus pemerintah pada tahun 2013 adalah siklus seribu hari kehidupan pertama dengan sasaran utamanya adalah komunitas (masyarakat, remaja, ibu hamil, ibu menyusui, anak di bawah 2 tahun), kader posyandu sampai dengan perguruan tinggi dan lembaga swadaya masyarakat. Salah satu kegiatan yang merupakan implementasi dari perpres ini adalah pemberian intervensi kegiatan gizi langsung (spesifik); intervensi kegiatan gizi tidak langsung.

7.3 Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024

Komitmen presiden dan wakil presiden dalam menggalakkan percepatan penurunan stunting antara lain pada tanggal 12 Juli 2017, Wakil presiden memimpin rapat Koordinasi Tingkat Menteri (Ratas) dan memutuskan bahwa pencegahan stunting penting dilakukan dengan pendekatan multi-sektor melalui konvergensi program di semua tingkatan (Kementerian PPN/ Bappenas, 2018).

Selanjutnya dilakukan rapat terbatas yang membahas terkait dengan pencegahan stunting (kerdil) yang dipimpin oleh Presiden pada tanggal 05 April 2018. dalam rapat terbatas yang dipimpin oleh wakil presiden dan presiden diputuskan sebanyak 23 Kementerian/ Lembaga berkolaborasi dalam percepatan pencegahan stunting. Sasaran prioritas dalam stranas tersebut adalah ibu hamil dan anak usia 0 – 2 tahun atau 1.000 HPK dengan intervensi gizi spesifik dan sensitif. Sedangkan Kota/ kabupaten prioritas setiap tahunnya naik, tahun 2018 sebanyak 1.000 desa fokus di 1.000 kabupaten/ kota, tahun 2019 menjadi 1.600 desa di 160 kabupaten/ kota prioritas serta menjadi semua desa di kabupaten prioritas secara bertahap.



Gambar 7.1: Kolaborasi dalam Strategi Percepatan Penurunan Stunting

Lima pilar pencegahan stunting ditetapkan Wakil Presiden pada tanggal 9 Agustus 2017 antara lain:

1. Komitmen dan Visi Kepemimpinan;
2. Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku;

3. Konvergensi, Koordinasi, dan Konsolidasi Program Pusat, Daerah, dan Desa;
4. Ketahanan Pangan dan Gizi;
5. Pemantauan dan Evaluasi.

7.3.1 Komitmen dan Visi Kepemimpinan

1. Tujuan
Memastikan pencegahan stunting menjadi prioritas pemerintah dan masyarakat di semua tingkatan.
2. Strategi
 - a. Kepemimpinan Presiden/Wakil Presiden untuk pencegahan stunting;
 - b. Dengan memastikan bahwa visi, arahan, dan dukungan Presiden dan Wakil Presiden tersosialisasi dengan baik dan diterjemahkan ke dalam kebijakan dan distribusi sumber daya yang tepat sasaran dan memadai di semua tingkatan..
 - c. Kepemimpinan Pemerintah Daerah untuk pencegahan stunting;
Dengan menciptakan lingkungan kebijakan yang mendukung bagi penyelenggaraan kegiatan konvergensi pencegahan stunting berbasis hasil.
 - d. Kepemimpinan Pemerintah Desa untuk pencegahan stunting;
Dengan menciptakan lingkungan kebijakan yang mendukung bagi penyelenggaraan pencegahan stunting secara konvergen di tingkat desa.
 - e. Pelibatan swasta, masyarakat madani, dan komunitas;
Dengan memastikan keterlibatan mereka secara aktif dalam percepatan pencegahan stunting di masyarakat.
3. Koordinator
Sekretariat Wakil Presiden/TNP2K dengan ketua komite pengarah adalah wakil presiden.

7.3.2 Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku

1. Tujuan
Meningkatkan kesadaran publik dan perubahan perilaku masyarakat untuk mencegah stunting
2. Strategi
 - a. Kampanye perubahan perilaku bagi masyarakat umum yang konsisten dan berkelanjutan;
Dengan memastikan pengembangan pesan, pemilihan saluran komunikasi, dan pengukuran dampak yang efektif, efisien, tepat sasaran, dan berkelanjutan.
 - b. Komunikasi antar pribadi sesuai konteks sasaran;
Dengan memastikan pengembangan pesan sesuai kebutuhan kelompok sasaran.
 - c. Advokasi berkelanjutan kepada pengambil keputusan;
Dengan memastikan terselenggaranya penjangkauan yang sistematis.
 - d. Pengembangan kapasitas penyelenggara;
Dengan memberikan pengetahuan dan pelatihan bagi penyelenggara kampanye dan komunikasi perubahan perilaku yang efektif dan efisien.
3. Koordinator
Menteri Kesehatan dan Menteri Komunikasi dan Informasi.

7.3.3 Konvergensi, Koordinasi, dan Konsolidasi Program Pusat, Daerah, dan Desa

1. Tujuan
Memperkuat konvergensi melalui koordinasi dan konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah, dan desa
2. Strategi
 - a. Memperkuat konvergensi dalam perencanaan dan penganggaran program dan kegiatan;

Untuk meningkatkan cakupan dan kualitas intervensi gizi prioritas melalui pengembangan kapasitas pemerintah kabupaten/kota.

- b. Memperbaiki disain dan pengelolaan program;
Untuk memastikan sasaran prioritas (rumah tangga 1.000 HPK) memperoleh dan memanfaatkan paket intervensi yang disediakan.
- c. Memperkuat koordinasi lintas sektor dan antar tingkatan pemerintah sampai desa;
untuk memastikan keselarasan penyediaan dan penyelenggaraan pelaksanaan program.

3. Koordinator

Pilar ini dikoordinasikan oleh Menteri Bappenas dan Menteri Dalam Negeri

7.3.4 Ketahanan Pangan dan Gizi

1. Tujuan

Meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan.

2. Strategi

- a. Akses pangan yang bergizi;
Dengan memastikan keterjangkauan dan ketersediaan pangan bergizi, dan mendorong cakupan dan kualitas program fortifikasi pangan utama yang sudah berjalan (garam, tepung terigu, minyak goreng).
- b. Perluasan program bantuan sosial dan bantuan pangan non tunai yang bergizi untuk keluarga kurang mampu;
Agar dapat memenuhi kebutuhan gizi sasaran prioritas dari keluarga kurang mampu.
- c. Pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi keluarga;
Dengan mempercepat diversifikasi pangan berbasis sumber daya pangan lokal dan pengembangan Kawasan Ramah Pangan Lestari (KRPL) berkelanjutan.
- d. Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan;

Dengan memperkuat koordinasi kelembagaan, penegakan hukum, dan mekanisme pelabelan dan penyampaian iklan pangan untuk memastikan keamanan dan mutu pangan.

3. Koordinator

Pilar ini dikoordinasikan oleh Menteri Pertanian dan Menteri Kesehatan.

7.3.5 Pemantauan dan Evaluasi

1. Tujuan

Meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan percepatan pembelajaran

2. Strategi

a. Peningkatan sistem pendataan;

Data yang dapat memantau secara akurat dan berkala data prevalensi stunting di tingkat nasional dan kabupaten/kota.

b. Penggunaan data dalam perencanaan dan penganggaran berbasis hasil;

Data harus mudah diakses, dipahami, dan digunakan pemerintah pusat dan daerah dalam menyusun perencanaan dan penganggaran berbasis hasil pada tahun anggaran berikutnya.

c. Percepatan siklus pembelajaran;

Dengan meningkatkan mekanisme berbagi pengetahuan, pembelajaran, dan inovasi

3. Koordinator

Pilar ini dikoordinasikan oleh Sekretariat Wakil Presiden/ TNP2K dan Bappenas.

7.4 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan Stunting

Strategi Nasional Percepatan Penurunan Stunting adalah langkah-langkah berupa 5 (lima) pilar yang berisikan kegiatan untuk Percepatan Penurunan Stunting dalam rangka pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan melalui pencapaian target nasional prevalensi Stunting yang diukur pada anak berusia di bawah 5 (lima) tahun.

Tujuan Strategi Nasional ini antara lain;

1. Menurunkan prevalensi Stunting;
2. Meningkatkan kualitas penyiapan kehidupan berkeluarga;
3. Menjamin pemenuhan asupan gizi;
4. Memperbaiki pola asuh;
5. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan; dan
6. Meningkatkan akses air minum dan sanitasi.

Target nasional prevalensi stunting secara nasional pada tahun 2024 harus mencapai 14%. Tujuan pembangunan dan penurunan stunting tersebut dicapai melalui 5 (lima) pilar antara lain;

1. Peningkatan komitmen dan visi kepemimpinan di kementerian/ lembaga, Pemerintah Daerah provinsi, Pemerintah Daerah kabupaten kota, dan Pemerintah Desa;
2. Peningkatan komunikasi perubahan perilaku dan pemberdayaan masyarakat;
3. peningkatan konvergensi Intervensi Spesifik dan Intervensi Sensitif di kementerian/ lembaga, Pemerintah Daerah provinsi, Pemerintah Daerah kabupaten/kota, dan Pemerintah Desa;
4. Peningkatan ketahanan pangan dan gizi pada tingkat individu, keluarga, dan masyarakat; dan
5. Penguatan dan pengembangan sistem, data, informasi, riset, dan inovasi.

Tugas pemerintah daerah yang dijelaskan di Perpres RI Nomor 72 Tahun 2021 antara lain;



Gambar 7.2: Tugas Pemerintah Daerah dalam Percepatan Penurunan Stunting

Bab 8

Peran Posyandu Menangani Stunting

8.1 Pendahuluan

Terdapat perbedaan sudut pandang yang memunculkan “community real need“ dan “community felt need“, ketika berbagai kegiatan masyarakat yang sesuai kebutuhan masyarakat timbul. Sehingga sulit untuk memperhitungkan kontribusi kegiatan masyarakat tertentu terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Hal ini mendorong para pengambil keputusan di bagian kesehatan untuk melakukan perubahan pada pendekatan edukatif sebagai pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Adanya perkembangan pembangunan kesehatan masyarakat Desa (PKMD) dan implementasinya menggunakan pendekatan edukatif, muncul berbagai kegiatan swadaya masyarakat untuk pelayanan kesehatan, antara lain; Pos Penimbangan Balita, Pos Imunisasi, Pos KB Desa, Pos Kesehatan, dan Dana Sehat serta kegiatan lainnya (Purwandari, 2010).

Berdasarkan pemikiran tersebut sehingga pada tahun 1984, kelompok-kelompok kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan (Pos Penimbangan Balita, Pos Imunisasi, Pos KB Desa, dan Pos Kesehatan) bergabung menjadi satu bentuk pelayanan kesehatan terpadu yang disebut

dengan Pos Pelayanan Terpadu (POSYANDU) atau lengkapnya Pos Pelayanan Terpadu KB-Kesehatan.

Dipadukannya pelayanan KB dan kesehatan ini, dimaksudkan untuk memberikan kemudahan dan keuntungan bagi masyarakat agar dapat memperoleh pelayanan lengkap pada waktu dan tempat yang sama. Untuk dapat menjangkau semua sasaran, pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat seperti posyandu harus dilakukan secara efektif dan efisien salah satunya dengan melakukan peningkatan dan perbaikan secara konsisten. Peningkatan dan perbaikan kualitas dari layanan program yang ada di Posyandu terutama dalam memberikan dukungan kepada ibu hamil, ibu menyusui, dan balita pada 1000 HPK dapat menurunkan angka stunting di wilayahnya (Purwandari, 2010).

8.2 Posyandu

Posyandu merupakan unit pelayanan kesehatan di lapangan yang diselenggarakan oleh masyarakat untuk masyarakat dengan dukungan teknis Puskesmas, Kementerian Agama, Kementerian Pertanian, dan BKKBN. Posyandu juga merupakan forum komunikasi, ahli teknologi dan pelayanan masyarakat oleh dan untuk masyarakat yang mempunyai nilai strategis untuk pengembangan SDM sejak dini dan pusat kegiatan masyarakat, karena masyarakat dapat sekaligus memperoleh pelayanan KB dan kesehatan.

Menurut Kemenkes RI (2011), Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan Bersumber Daya Masyarakat yang dikelola, diselenggarakan dari dan oleh masyarakat untuk masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, sehingga dapat memberdayakan masyarakat dan memudahkan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi. Upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan status gizi masyarakat serta upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak sangat berpengaruh terhadap keberadaan posyandu.

8.3 Langkah Pembentukan Posyandu

Langkah-langkah pembentukan posyandu adalah sebagai berikut (Purwandari, 2010) ;

1. Pertemuan lintas program dan lintas sektoral pada tingkat kecamatan
2. Survei mawas diri yang dilaksanakan oleh kader di bawah bimbingan teknik unsur kesehatan dan KB
3. Musyawarah masyarakat desa membicarakan hasil survey mawas diri, sarana, prasarana dan biaya posyandu
4. Pemilihan kader posyandu
5. Pelatihan kader posyandu
6. Pembinaan.

Sebaiknya pembentukan posyandu tidak terlalu dekat dengan Puskesmas agar pendekatan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat lebih tercapai, sedangkan satu posyandu melayani seratus balita.

8.4 Sasaran Posyandu

Sasaran utama Posyandu adalah menurunkan angka kematian bayi serta memperbaiki status kesehatan dan gizi bayi, anak balita, ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui dan pasangan usia subur (PUS) (Effendy, 1998).

8.5 Manfaat Posyandu

1. Manfaat Posyandu bagi masyarakat (Kemenkes, 2011);
 - a. Mempermudah untuk mendapatkan informasi serta pelayanan kesehatan dasar terutama berkaitan dengan penurunan AKB, AKABA dan AKI.
 - b. Mendapatkan pelayanan secara profesional dalam memecahkan masalah kesehatan terutama masalah ibu dan anak

- c. Efisiensi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial dasar dari sektor lain yang terkait.
2. Manfaat Posyandu bagi tokoh masyarakat, kader dan pengurus posyandu
 - a. Mendapatkan informasi terlebih dahulu dibandingkan dengan masyarakat lainnya tentang upaya kesehatan yang terkait dengan penurunan AKI, AKB dan AKABA.
 - b. Mewujudkan keinginan diri dalam membantu menyelesaikan masalah kesehatan terkait dengan penurunan AKI, AKB dan AKABA
3. Manfaat Posyandu bagi Puskesmas
 - a. Mengoptimalkan fungsi Puskesmas sebagai pusat penggerak pembangunan yang berwawasan berkaitan dengan kesehatan, pusat pelayanan kesehatan perorangan primer, pusat pemberdayaan masyarakat dan pelayanan kesehatan masyarakat primer.
 - b. Menjadikan kerja Puskesmas lebih spesifik dalam membantu masyarakat ketika pemecahan masalah kesehatan yang berkaitan dengan kondisi setempat.
 - c. Dapat mendekatkan akses pelayanan pada masyarakat
4. Manfaat Posyandu bagi sektor lainnya
 - a. Menjadi lebih khusus membantu masyarakat dalam memecahkan masalah kesehatan dan lainnya yang berkaitan dengan upaya AKI, AKB dan AKABA yang sesuai dengan kondisi setempat
 - b. Meningkatkan efisiensi melalui pemberian pelayanan secara terpadu sesuai dengan tugas pokok, dan fungsi masing-masing sektor

8.6 Pengelompokan Posyandu

Pengelompokan posyandu menurut “Konsep Arfif”(Purwandari, 2010) :

1. Posyandu Pratama (Warna merah)
 - a. Belum mantap
 - b. Kegiatan belum rutin
 - c. Kader terbatas
2. Posyandu Madya (Warna kuning)
 - a. Kegiatan lebih teratur
 - b. Jumlah kader 5 orang
3. Posyandu Purnama
 - a. Kegiatan sudah teratur
 - b. Cakupan program/kegiatan baik
 - c. Jumlah kader 5 orang
 - d. Mempunyai program tambahan
4. Posyandu Mandiri
 - a. Kegiatan secara terakhir dan mantap
 - b. Cakupan program/kegiatan baik
 - c. Memiliki dana sehat dan JPKM yang mantap

Beberapa indikator sebagai penentu jenjang antar strata Posyandu adalah:

1. Jumlah Posyandu per tahun
2. Jumlah Kader yang bertugas
3. Cakupan kegiatan
4. Program tambahan
5. Dana sehat atau JPKM

Posyandu dapat mencapai menjadi strata Posyandu mandiri tergantung pada kemampuan, keterampilan, disertai dengan rasa memiliki serta tanggung jawab Kader PKK, LKMD sebagai pengelola, dan masyarakat sebagai pemakai pendukung Posyandu.

8.7 Tujuan Pelayanan Posyandu

Tujuan pokok dari Pos Pelayanan Terpadu (POSYANDU) adalah untuk (Effendy, 1998):

1. Mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak
2. Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu untuk menurunkan angka kematian
3. Mempercepat penerimaan NKKBS
4. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan-kegiatan lain yang menunjang peningkatan kemampuan hidup sehat
5. Pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam usaha meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada penduduk berdasarkan letak geografi
6. Meningkatkan dan pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka alih teknologi untuk swakelola usaha-usaha kesehatan masyarakat.

8.8 Pelayanan Kesehatan yang dijalankan Posyandu

1. Pemeliharaan kesehatan bayi dan balita
 - a. Penimbangan bulanan
 - b. Pemberian tambahan makanan bagi bayi yang berat badannya kurang
 - c. Imunisasi bayi 3-14 bulan
 - d. Pemberian oralit untuk menanggulangi diare
 - e. Pengobatan penyakit sebagai pertolongan pertama
2. Pemeliharaan Kesehatan ibu hamil, ibu menyusui dan pasangan usia subur
 - a. Pemeliharaan kesehatan umum
 - b. Pemeriksaan kehamilan dan nifas

- c. Pelayanan peningkatan gizi melalui pemberian pil penambah darah dan vitamin
- d. Imunisasi TT untuk ibu hamil
- e. Penyuluhan kesehatan dan KB
- f. Pemberian oralit pada ibu yang terkena diare
- g. Pengobatan penyakit sebagai pertolongan pertama
- h. Pertolongan pertama pada kecelakaan (Effendy, 1998)

8.9 Kegiatan Posyandu dalam menangani Stunting

Peran posyandu dalam menangani stunting lebih pada tindakan preventif. Posyandu dapat berfungsi secara menyeluruh untuk mendeteksi awal, konsultasi serta penanganan stunting apabila dapat dimaksimalkan kegiatannya. Salah satu peran posyandu dalam menangani stunting adalah dengan melakukan kegiatan pemantauan pertumbuhan yang dilakukan oleh posyandu secara rutin. Pemantauan pertumbuhan yang dilakukan oleh posyandu secara rutin merupakan salah satu kegiatan program perbaikan gizi sebagai upaya untuk mencapai derajat kesehatan balita yang optimal. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dapat dilakukan oleh Kader Posyandu dengan didampingi oleh tenaga kesehatan (Kemenkes, 2018; Khairani et al., 2020). Kegiatan posyandu yang dilakukan dalam memantau tumbuh kembang balita untuk penanganan stunting adalah (Khairani et al., 2020)

1. Melakukan penimbangan setiap bulan dan melakukan pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS)/buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta menentukan status pertumbuhan menurut grafik pertumbuhan anak berdasarkan indikator
2. Melakukan pencacatan dan melaporkan hasil pemantauan pertumbuhan yang telah dilakukan oleh Kader Posyandu
3. Memberikan konseling dan menindaklanjuti setiap kasus gangguan yang berkaitan dengan pertumbuhan

4. Melakukan tindak lanjut dalam bentuk program dan kebijakan di tingkat masyarakat serta meningkatkan motivasi untuk memberdayakan keluarga.

Prinsip pemantauan pertumbuhan balita yaitu semua pertumbuhan anak dilakukan pemantauan secara teratur untuk mendeteksi secara dini timbulnya masalah gizi sehingga dapat segera diintervensi. Sebaiknya dalam setahun anak ditimbang sebanyak 8 kali dan 2x melakukan pengukuran tinggi badan di Posyandu. Peran posyandu lainnya adalah memberikan konseling dan penyuluhan mengenai kesehatan gizi yang berguna untuk meningkatkan kesadaran ibu terkait dengan kecukupan gizi pada balita sehingga ibu dapat beranggapan bahwa posyandu adalah kegiatan yang sangat penting. Penyuluhan yang dimaksud adalah proses penyampaian informasi yang ditujukan untuk membentuk kesadaran dan meningkatkan pengetahuan ibu dengan berbagai topik kesehatan untuk mencegah dan menekan terjadinya stunting (Novianti et al., 2021).

Adapun 5 kegiatan posyandu yang meliputi kesehatan ibu dan anak, KB, gizi, imunisasi dan penanggulangan diare dan dilakukan dengan sistem lima meja yaitu sebagai berikut (Effendy, 1998):

1. Meja I
 - a. Pendaftaran
 - b. Pencatatan bayi, balita, ibu hamil, ibu menyusui dan pasangan usia subur
2. Meja II
Penimbangan pada balita, ibu hamil
3. Meja III
Pengisian KMS
4. Meja IV
 - a. Melakukan penimbangan berat badan, ibu hamil dengan resiko tinggi, PUS yang belum mengikuti KB
 - b. Penyuluhan kesehatan
 - c. Pelayanan TMT, oralit, vitamin A, tablet zat besi, pil ulangan, kondom
5. Meja V
 - a. Pemberian imunisasi

- b. Pemeriksaan kehamilan
- c. Pemeriksaan kesehatan dan pengobatan
- d. Pelayanan kontrasepsi IUD, suntikan

Untuk meja I sampai meja IV dapat dilaksanakan oleh kader kesehatan dan untuk meja V dilaksanakan oleh petugas kesehatan diantaranya; dokter, bidan, perawat dan lain-lain.

8.10 Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi peran posyandu dalam menangani stunting

1. Pelaksanaan program
 - a. Komunikasi
Komunikasi dilakukan untuk mendukung pelaksanaan kegiatan posyandu berjalan dengan baik, mulai dari penyusunan posyandu, bantuan tenaga kesehatan, dan tempat pelaksanaan posyandu
 - b. Koordinasi
Koordinasi Posyandu dilakukan oleh pihak Puskesmas dan kader-kader posyandu untuk mengetahui kendala-kendala yang ada di lapangan. Koordinasi dilakukan agar dapat mengevaluasi kinerja pada kegiatan posyandu untuk dapat menjadi lebih baik
2. Ketersediaan sumber daya
 - a. Anggaran
Anggaran pembiayaan posyandu berasal dari berbagai sumber dari; Masyarakat, Swasta/Dunia usaha, hasil usaha, dan Pemerintah. Pengelolaan anggaran/dan dilakukan oleh pengurus Posyandu, dan untuk setiap pemasukan dan pengeluaran harus dikelola secara bertanggung jawab

- b. **Sarana dan Prasarana**

Tempat pelaksanaan posyandu sebaiknya berada pada lokasi yang mudah dijangkau misalnya dapat dilakukan di salah satu rumah warga, balai desa, halaman rumah, salah satu ruang perkantoran atau tempat khusus yang dibangun oleh swadaya masyarakat dengan kelengkapan sarana dan prasarana dipersiapkan oleh pelaksana yang terkait.
3. **Kepatuhan dan daya tanggap pelaksana**
 - a. **Keaktifan kader**

Kader Posyandu merupakan anggota masyarakat yang menyelenggarakan kegiatan posyandu secara sukarela, mampu dan memiliki waktu untuk melaksanakannya.
 - b. **Kemampuan mendorong partisipasi ibu balita**

Pelaksana posyandu dari berbagai pihak harus dapat berpartisipasi dalam mendorong ibu untuk mengunjungi posyandu misalnya; dengan memberikan surat undangan, secara lisan atau media sosial mengenai pemberitahuan hari buka posyandu dan menempatkan satu kader pada setiap gang agar dapat menggerakkan masyarakat diwilayah setempat (Kemenkes, 2011; Novianti et al., 2021).

Bab 9

Perilaku Hidup Sehat Cegah Stunting

9.1 Pendahuluan

Indonesia mengalami masa "double burden of malnutrition" atau masalah gizi ganda. Permasalahan ganda tersebut adalah kekurangan gizi yang berimbang pada stunting salah satunya dan kelebihan gizi yang bermuara pada penyakit tidak menular (PTM) pada kelompok dewasa. Kedua permasalahan tersebut bisa di atasi dengan penerapan perilaku hidup sehat. Investasi pemenuhan gizi yang cukup merupakan solusi dari kedua permasalahan tersebut. Hal tersebut sejalan dengan diterbitkannya gerakan global tahun 2010 yang dikenal dengan nama Scaling-Up Nutrition (SUN) dengan prinsip bahwa semua penduduk berhak memperoleh akses ke makanan cukup dan bergizi. Pemerintah Indonesia tahun 2012 berkomitmen bergabung dalam gerakan tersebut yang dijalankan melalui intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif.

Stunting merupakan kondisi anak usia 0-59 bulan, dengan tinggi badan menurut umur berada di bawah minus 2 standar deviasi ($<-2SD$) dari standar WHO. Anak akan kerdil lebih lanjut perkembangan otak atau kecerdasan terhambat. Dampak dari kondisi tersebut adalah anak rentan sakit umumnya diusia 40-50 tahun. Kondisi stunting sangat dipengaruhi oleh kondisi pra kehamilan, ketika

hamil dan pasca kehamilan atau melahirkan. Akar dari permasalahan stunting adalah tidak atau kurang terpenuhinya energi dan protein. Kekurangan Energi Kronik (KEK) terjadi karena asupan energi dan protein yang tidak mencukupi. Pemenuhan dan penerapan gizi yang cukup sesuai kebutuhan adalah mutlak diterapkan pada 3 kondisi yang berbeda tersebut. Manfaat tersebut akan terasa bagi generasi selanjutnya dan merupakan investasi. Peningkatan kesehatan, pendidikan, kualitas dan produktivitas akan diperoleh dengan penerapan investasi gizi.

Stunting merupakan permasalahan yang bisa di atasi dengan kerjasama dari semua pihak. Pemerintah sebagai pemangku kebijakan penjamin kesehatan masyarakat sudah melakukan beberapa hal untuk mengatasi masalah stunting. Pelaksanaan program pemerintah itu antara lain:

1. pemberian beras miskin (raskin)/beras sejahtera (Rastra) oleh Bulog
2. Bantuan Pangan Non Tunai oleh Kementerian Sosial
3. Program Keluarga Harapan/ PKH oleh Kementerian Sosial
4. Pemberian Makanan Tambahan/ PMT ibu hamil oleh Kementerian Kesehatan
5. Bantuan Pangan Asal Sumber Lain oleh Pemda, LSM dan lain-lain. (Atamarita, et al., 2018)

Selain itu kesadaran masyarakat dan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya penerapan dan pemenuhan gizi di 3 fase tersebut sangat berpengaruh dalam menyelesaikan masalah stunting. Remaja putri yang sangat berperan karena yang mengandung dan melahirkan perlu mengetahui dan sadar akan pentingnya pemenuhan dan penerapan gizi ini. Selain itu, ada faktor lain yang berkontribusi terjadinya stunting. Terbatasnya layanan kesehatan dan pembelajaran dini berkualitas, kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi.

9.2 Fase Penting

9.2.1 Pra Kehamilan

Remaja putri memiliki peran penting untuk keberlangsungan generasi selanjutnya. Karena remaja putri yang akan mengandung dan berperan sebagai seorang ibu. Sehingga menjaga pola makan adalah kewajiban yang melekat

padanya. Korelasinya adalah bahwa bila asupan gizi remaja putri memiliki potensi untuk kekurangan energi kronis (KEK) maka generasi dimasa datang akan berpotensi untuk mengalami stunting. Hal tersebut terjadi pada tahun 2017. Pada Atmarita et all (2018), 32% remaja putri mengalami KEK. Lebih memprihatinkan lagi bahwa 15 provinsi dan 34 provinsi memiliki nilai persentasi KEK di atas rata-rata nasional, yaitu 32%. Nilai tersebut dan sebaran wilayahnya masih besar, hampir 50%. KEK bisa terjadi karena asupan energi dan protein yang tidak mencukupi.

Selain KEK, Anemia berperan terjadinya Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Anemia adalah kondisi kekurangan zat besi. Menurut Nivia (2018) ditemukan data 12% remaja laki-laki dan 23% remaja perempuan mengalami anemia. Anemia yang terjadi pada remaja putri adalah masalah serius karena mereka yang akan hamil dan melahirkan. Risiko tinggi yang terjadi adalah kematian ibu melahirkan, bayi lahir premature dan berat bayi lahir rendah (BBLR). Padahal BBLR berkelanjutan akan menyebabkan stunting. Asupan makanan yang cukup jumlah dan kualitas dibutuhkan. Kualitas atau mutu gizi dan kelengkapan zat gizi dipengaruhi oleh keragaman jenis pangan yang dikonsumsi. Semakin beragam jenis pangan yang dikonsumsi semakin mudah untuk memenuhi kebutuhan gizi. Lebih lanjut, capaian gizi seimbang akan mudah diwujudkan.

Penerapannya dengan mengkonsumsi lima kelompok pangan setiap hari atau sekali makan. Konsep itu dibahasakan dengan “isi piringku“. Kelima kelompok tersebut adalah makanan poko, lauk pauk, sayuran, buah-buahan dan minuman. Mengkonsumsi lebih dari satu jenis untuk setiap kelompok makanan (makanan poko, lauk pauk, sayuran dan buah-buahan) setiap kali makan akan lebih baik.

9.2.2 Kehamilan

Fase kedua yang memiliki peran penting adalah kehamilan. Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat menyebabkan berat badan bayi lahir rendah (BBLR) dan kekurangan gizi pada balita, termasuk stunting (Hudoyo, 2018). Ketika fase kehamilan, janin menggantungkan asupan gizi dari makanan yang dikonsumsi oleh Ibu. Sehingga makanan dan suplemen yang cukup baik secara kualitas maupun kuantitas harus terpenuhi oleh Ibu ketika fase kehamilan supaya janin mendapatkan transfer gizi yang cukup.

Pengetahuan tentang ini banyak yang belum diketahui oleh calon Ibu. Ekayanthi dan Suryani (2019) membuat kelas hamil dan memberikan edukasi pada Ibu hamil untuk mencegah stunting. Media ini merupakan cara tepat yang dapat

digunakan untuk menyebarkan informasi tentang gizi dan kesehatan saat hamil selain adanya posyandu. Data signifikan diperoleh bahwa pengetahuan ibu meningkat. Selain media posyandu, sarana ini cukup efektif. Harapannya, para calon Ibu dapat menggunakan pengetahuan tersebut untuk memilih menu makanan selama masa kehamilan.

Pola konsumsi gizi seimbang dapat mencegah terjadinya Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan Anemia pada Ibu hamil. Penerapan gizi seimbang pada ibu hamil harus ditambah jumlah dan jenis untuk mencukupi kebutuhan pertumbuhan bayi dan kebutuhan ibu yang sedang mengandung serta untuk memproduksi ASI.

Kementerian Kesehatan (2014) menyebutkan, makanan ibu hamil harus beranekaragam secara seimbang jumlah dan porsi yang diterapkan. Sumber kalori, sumber lemak, Zat besi, lemak, vitamin C harus dikonsumsi dalam jumlah yang cukup. Konsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayuran, buah-buahan, air putih dalam sekali sajian menu itu wajib. Badan Kesehatan Dunia (WHO) menganjurkan konsumsi sayuran dan buah-buahan untuk hidup sehat 400 g perorang perhari yang terdiri dari 250 g sayur (setara dengan 2 ½ porsi atau 2 ½ gelas sayur setelah dimasak atau ditiriskan) dan 150 g buah (setara dengan 3 buah pisang ambon ukuran sedang atau ½ potong pepaya ukuran sedang atau 3 buah jeruk ukuran sedang). Untuk orang Indonesia, dianjurkan konsumsi sayuran dan buah-buahan 400-600 g per orang per hari untuk orang dewasa.

Membiasakan konsumsi lauk pauk protein tinggi masuk dalam penerapan gizi seimbang. Lauk pauk bisa bersumber dari protein nabati maupun hewani. Kelompok pangan lauk pauk sumber protein hewani meliputi daging ruminansia (daging sapi, daging kambing, daging rusa dll), daging unggas (daging ayam, daging bebek dll), ikan termasuk seafood, telur dan susu serta hasil olahannya. Kelompok Pangan lauk pauk sumber protein nabati meliputi kacang kacangan dan hasil olahannya seperti kedele, tahu, tempe, kacang hijau, kacang tanah, kacang merah, kacang hitam, kacang tolo dan lain-lain.



Gambar 9.1: Piring Makanku: Sajian Sekali Makan. Kementerian Kesehatan (2014)

Pola gizi seimbang yang lain adalah pencegahan anemia. Untuk pencegahan anemia, selama ini sudah dilaksanakan program pemberian tablet Fe kepada ibu hamil. Akan tetapi kejadian anemia masih tinggi. Menurut Ani et all (2018), anemia atau kekurangan zat besi sudah terjadi ketika masa preconsepsi. Masa prakonsepsi diukur pada 1 tahun setelah melahirkan di mana masa ini sangat merefleksikan status nutrisi pada wanita subur. Sedangkan masa preconsepsi adalah periode mulai subur sampai awal kehamilan.

9.2.3 Pasca Kehamilan/ Melahirkan

Setelah bayi lahir, 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan) memberikan peran penting terhadap tingkat kecerdasan dan status kesehatan pada saat dewasa. Pemenuhan gizi yang baik hingga menjaga lingkungan agar bersih dan sehat sangat dibutuhkan. Menurut Hudoyo (2018), apabila terjadi kekurangan gizi pada 1000 HPK maka akan bersifat permanen dan sulit diperbaiki. Terhadap ketahanan pangan di tingkat keluarga perlu dipantau dan diterapkan untuk membantu tumbuh kembang bayi dan anak. Langkah tersebut yaitu, pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) dari >6 bulan sampai 2 tahun. Kegiatan itu dilakukan setelah sebelumnya dilakukan inisiasi menyusui dini (IMD) pasca melahirkan, pemberian asi eksklusif sampai 6 bulan dan diteruskan hingga 2 tahun.



Gambar 9.2: Pemberian MPASI Kementerian Kesehatan (2014)

Kebijakan dan strategi yang mengatur pola asuh ini tertulis pada Undang-undang No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 128, Peraturan Pemerintah No 33 Tahun 2012 tentang ASI, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019, Keputusan Menteri Kesehatan No HK. 02.02/MENKES/52/2015.

Undang-undang No 36 Tahun 2009, adalah:

1. Setiap bayi berhak mendapat ASI eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan 6 bulan kecuali atas indikasi medis.
2. Selama pemberian ASI pihak keluarga, pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus.

Amanat UU tersebut diatur dalam PP Nomor 33 Tahun 2013 tentang ASI yang menyebutkan:

1. Setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI Eksklusif. Pengaturan pemberian ASI Eksklusif bertujuan untuk
 - a. menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI Eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan berusia 6 (enam) bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya;
 - b. memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya;
 - c. meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah daerah, dan pemerintah terhadap pemberian ASI Eksklusif.
2. Tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan inisiasi menyusui dini terhadap bayi yang baru lahir kepada ibunya paling singkat selama 1 (satu) jam. Inisiasi menyusui dini sebagaimana dimaksud dilakukan dengan cara meletakkan bayi secara tengkurap di dada atau perut ibu sehingga kulit bayi melekat pada kulit ibu.

Amanat UU, dan PP tersebut sudah masuk ke Renstra Kemenkes 2015-2019, dengan menargetkan:

1. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif sebesar 50%.
2. Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusui Dini (IMD) sebesar 50 %.

Pemberian ASI Eksklusif dapat menjadi salah satu bentuk investasi gizi yang apabila dilakukan secara kontinu hingga 10 tahun kedepan. Mengurangi 65 juta anak stunting, menyelamatkan 3,7 juta nyawa anak di dunia (dibandingkan baseline 2015). Kombinasi antara perbaikan kesehatan dan upaya pengentasan kemiskinan dinilai mampu menyelamatkan 2,2 juta jiwa dan menurunkan 50 juta kasus stunting 2025. (Atmarita, 2018)

Dalam warsito (2018) langkah-langkah penanggulangan masalah gizi yang sudah dilakukan dengan penerapan intervensi spesifik dan sensitif. Langkah

intervensi spesifik tersebut di dukung dan dijalankan oleh kementerian kesehatan antara lain:

1. Pemberian tablet tambah darah untuk remaja putri, calon pengantin dan ibu hamil
2. Promosi ASI Eksklusif
3. Promosi makanan pendamping ASI
4. Promosi makanan berfortifikasi termasuk garam beryodium
5. Promosi dan kampanye tablet tambah darah
6. Suplemen gizi mikro (taburia)
7. Suplemen gizi makro (PMT)
8. Kelas ibu hamil
9. Promosi dan kampanye gizi seimbang dan perubahan perilaku
10. Pemberian obat cacing
11. Tata laksana gizi kurang/buruk
12. Suplementasi vitamin A
13. Jaminan Kesehatan Nasional

Sedangkan intervensi gizi sensitif meliputi bantuan raskin, peningkatan ketahanan pangan, perumahan sehat, air bersih dan sanitasi. Upaya perbaikan gizi bisa dimulai melalui penerapan gizi seimbang dalam kehidupan sehari-hari yang dapat diterjemahkan dalam “isi piringku“ (Moeloek, 2018). Konsep isi piringku sebagai pengganti slogan 4 sehat 5 sempurna untuk pedoman makanan sehari-hari guna memenuhi gizi seimbang. Konsep isi piringku adalah terdiri dari 50% buah dan sayur dan 50% sisanya terdiri dari karbohidrat dan protein. Harapannya, masyarakat dapat membatasi konsumsi karbohidrat dengan mengkonsumsi lebih banyak serat dan vitamin. Sehingga berbagai masalah kesehatan bisa berkurang.

Menurut Pritasari, 2018, kualitas dan kuantitas makanan padat yang diberikan pada masa balita sangat penting. Keduanya harus diperhatikan. Hal tersebut karena, makanan padat namun tidak lengkap kandungan gizinya (kualitasnya) yang diberikan akan sia-sia. Meskipun bayi memiliki berat dan panjang badan saat ahir optimal (modalitas baik) namun karena pola asuh ketika balita yang keliru, menjadi tidak optimal. Selain dengan pemberian makanan yang berkualitas, peningkatan pendapatan rumah tangga atau keluarga, penghematan biaya, pertumbuhan produktifitas merupakan program untuk mencegah stunting

yang komprehensif dan berkelanjutan. (Rahayu et all, 2018). Dengan rumah tangga yang berpendapatan cukup, maka mereka dapat mengakses dan memenuhi makanan yang bergizi untuk keluarganya.

9.3 Akses Air Bersih dan Fasilitas Sanitasi

Penyediaan air bersih ikut berperan dalam penerapan hidup sehat untuk mencegah stunting. Warsito (2018) menginfokan tentang Inovasi di Halmahera Selatan yang sudah dilakukan sebagai contoh diantaranya penyediaan air bersih di dalam satu desa memiliki lebih dari 2 sumur. Sumur tersebut berupa sumur gali. Pembangunan jamban dan MCK diberikan pada satu desa termasuk sumber air bersih dari sumur bor. Pemeliharaan saluran tata air berupa penataan pembuangan air limbah.

Selain itu penyakit infeksi yang disebabkan oleh kurangnya fasilitas sanitasi atau adanya fasilitas sanitasi yang tidak atau kurang layak memberikan sumbangsih terjadinya masalah gizi. Korelasinya adalah, apabila fasilitas sanitasi tidak dalam kondisi yang baik, maka seseorang akan mengalami infeksi. Kementerian Kesehatan (2014) menyebutkan bahwa apabila seseorang dalam kondisi terinfeksi makan akan terjadi penurunan nafsu makan sehingga jumlah dan jenis gizi yang masuk ke tubuh akan berkurang. Padahal ketika tubuh dalam keadaan terinfeksi, tubuh membutuhkan zat gizi yang lebih banyak untuk memenuhi peningkatan metabolisme terutama pada orang yang menderita infeksi disertai panas. Idealnya setiap keluarga memiliki jamban dan kamar mandi sendiri-sendiri. Selain pertimbangan mempermudah akses sanitasi juga mempertimbangkan proporsi jumlah kamar mandi dan jamban dengan anggota keluarga.

Bab 10

Pendekatan Terapi Komplementer Mencegah Stunting

10.1 Pendahuluan

Masalah yang acap kali terjadi pada balita adalah berkurangnya nafsu makan di mana asupan gizi tidak optimal pada anak, apabila tidak di atasi segera maka akan memberikan dampak gangguan pertumbuhan dan perkembangan, serta menurunnya sistem imun, perubahan tidur, perubahan keseimbangan, koordinasi, anak akan cenderung amarah, agresi yang tidak terkontrol, impulsif, kecemasan atau ketakutan yang berlebihan, , meninggal dunia, anak akan sering sakit, perkembangan otak terhambat dan gangguan kognitif yang memengaruhi kecerdasan anak, stunting (pendek) dan kurus (wasting) sehingga anak tergolong dalam garis merah (BGM) (Setiawan, 2016; Kemenkes RI, 2018; Munijah, 2015)

Stunting memiliki tanda dan gejala pertumbuhan anak lebih pendek jika dibandingkan dengan anak yang memiliki usia yang sama, mudah sakit, dan ketika dewasa akan lebih memiliki risiko menderita penyakit degenerative dan berpengaruh pada tingkat kognitif anak yang merupakan dampak dari masalah

gizi kronis pada anak. (Kemenkes RI, 2018). Mengatasi masalah tersebut dibutuhkan pembinaan keluarga agar mampu mengatur dan menyajikan menu seimbang sesuai dengan jenis, porsi serta frekuensi makanan. Pembinaan keluarga memperkenalkan tentang pengolahan makanan dengan baik dan benar dengan memperhatikan kemampuan keluarga, nilai gizi yang terkandung dalam setiap bahan makanan. Keluarga juga diajarkan cara menilai status gizi anak agar dapat menilai anggota keluarga sehingga mampu mengatur pola makan yang baik bagi anak.(Setiawan, 2016).

Upaya lainnya adalah dengan memberikan terapi farmakologi dan non-farmakologis. Upaya farmakologi termasuk pemberian multivitamin dan zat gizi lainnya. Sedangkan non farmakologi meliputi minuman alami/jamu, pijatan, dan terapi menggunakan jarum halus (Wong, 2015). Pijat dan akupresur adalah metode yang sudah ada sejak lama, tetapi jarang diaplikasikan pada anak, biasanya anak hanya akan dipijat pada usia di bawah 40 hari atau apabila anak mengalami masalah gangguan otot (Wong, 2015)

Pijat Tui Na adalah salah satu upaya dalam meningkatkan nafsu makan pada anak. Beberapa keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan dipengaruhi oleh rendahnya rangsangan yang diberikan pada anak. Pijat Tui Na merupakan metode pijatan yang sangat khusus meningkatkan nafsu makan pada anak dengan memperlancar peredaran darah limpa dan sistem saluran pencernaan menggunakan teknik akupresure. Metode ini hanya melakukan penekanan pada titik tertentu tanpa menggunakan jarum sehingga sangat mudah dilakukan jika dibandingkan terapi yang menggunakan jarum. (Munijah, 2015).

Salah satu klasifikasi pijat Tui Na adalah manipulasi Tui Na di mana merupakan versi perbaikan dari pijat Tui Na dan jenis ini mencakup manipulasi seperti memijat, menggulung, menekan, memetik, dan mengendurkan daerah yang terkena/nyeri. Pijatan ini menggunakan metode pijat geser (*Effleurage* atau *Tui*), pemijatan (*Petrissage* atau *Nie*), ketukan (*tapotement* atau *Da*), menggosok, tarikan, putaran, pengocokan, serta penggetaran pada tubuh tertentu yang akan memberikan pengaruh pada tubuh dengan cara melakukan pijatan pada bagian tertentu tubuh anak. (Munijah, 2015).

10.2 Terapi Komplementer

10.2.1 Definisi terapi komplementer

Terapi modalitas merupakan praktik yang ditunjukkan dengan adanya konsep dasar pengobatan, di mana masyarakat memiliki kepercayaan dengan cara yang unik terhadap suatu bentuk pelayanan kesehatan yang mengacu pada kebudayaan yang ada pada masyarakat. Terapi alternatif komplementer merupakan suatu terapi yang digunakan di dalam masyarakat guna mencegah, memberikan pengobatan terhadap suatu penyakit sampai pada bentuk promosi Kesehatan dan kesejahteraan. Terapi komplementer adalah kelompok berbagai macam jenis pengobatan dan perawatan Kesehatan menggunakan metode tertentu dan bahan tertentu yang bukan merupakan bagian dari pengobatan secara normal yang biasa dilakukn oleh masyarakat. (Laili, 2020).

10.2.2 Jenis terapi komplementer

The United States National Institutes of Health mengelompokkan terapi alternatif komplementer menjadi 5 jenis yaitu (Laili, 2020):

1. Biologically based practice

Biologically based practice merupakan pengobatan menggunakan tambahan makanan dan ekstrak tumbuhan dan hewan, vitamin, mineral, asam lemak, protein, dan probiotik. Beberapa jenis dari terapi ini di antaranya adalah biofeedback, herbal therapy, hydrotherapy dan nutritional counseling.

2. Manipuative and body-based approaches

Manipuative and body-based approaches menyatakan bahwa tubuh manusia dapat menembuhkan dirinya sendiri. Jenis terapi ini adalah pijatan, pengobatan dengan menggunakan tusuk jarum, aromatherapy, body work, perpaduan yoga dan pijatan thai, chiropractic medicine, cranial osteopathy, cranio-sacral therapy, terapi tari, jin shin jyutsu, lymphatic therapy, pijat, terapi gerak, terapi syaraf, terapi fiisk, qi gong, shiatsu, dan trigger point therapy

3. Mind-body medicine

Manfaat dari Mind-body medicine ialah terapi dengan menggunakan kekuatan pikiran dan emosi. Tubuh dapat mengurangi tingkat hormone stress sehingga akan meningkatkan sistem yang kebal terhadap penyakit. Beberapa jenis terapi nya adalah art therapy, color therapy, psychotherapy, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), guided imagery, hypnotherapy, meditation, music therapy, neuro-linguistic programming (NLP), stres manajemen, tai chi dan yoga therapy

4. Alternative medical sistem

Jenis terapi ini meliputi homeopathy dan osteopathic medicine. Homeopathy merupakan terapi yang dikembangkan denganmeyakini bahwa tubuh mampu mengobati dirinya sendiri. Osteopathi memakai berbagai bentuk manipulasi fisik, guna membantu proses penyembuhan

5. Energy medicine

Energy medicine memakai terapi diantaranya adalah terapi sentuhan, energi kerja, penyembuhan dengan menggunakan sentuhan, terapi menggunakan magnet, berdo'a, reiki, therapeutic touch dan touch for healt.

10.3 Pijat Tui Na

10.3.1 Definisi

Pijat merupakan terapi dengan memberikan tekanan pada titik tertentu pada area tertentu (meridian) guna mendapatkan reaksi rangsangan energi atau Chi untuk meningkatkan Kesehatan sehingga dapat sembuh dari suatu penyakit (Ikhsan, 2019)

Tui Na adalah awal kata dari pijat Tui Na. Tui memiliki makna adalah mendorong, Na menyentuh atau mencengram, sehingga pijat Tui Na memiliki tindakan mendorong, memijit, meremas, mengetuk, menekan menggunakan jari, memutar, memijit serta menggosok bagian tertentu dari tubuh anak untuk

mengstimulasi sistem sirkulasi darah, menghilangkan jasad renik serta merangsang sendi dan otot. (Widjaja, 2013).

10.3.2 Manfaat Pijat Tui Na

Beberapa manfaat pijat Tui Na adalah sebagai berikut:

1. Memberikan stimulasi yang berefek positif bagi pertumbuhan dan perkembangan anak, oleh karena itu pijatan sebaiknya diberikan oleh orang tua baik ayah, ibu ataupun keluarga terdekat.
2. Memberikan stimulasi yang baik bagi anak baik secara fisik dan mental anak dengan terjalinnya bonding antara anak dan orang tua yang memberikan pijatan
3. Pijat Tui Na akan menstimulasi persyarafan sehingga proses penyerapan pada sistem pencernaan akan lebih baik sehingga anak akan lebih cepat merasa lapar.
4. Pijat Tui Na memberikan peningkatan aktivitas vagal yang membantu melepaskan hormon pada lambung dan insulin yang dapat membantu proses penyerapan makanan menjadi lebih baik
5. Pijat Tui Na yang diberikan pada bayi premature akan membantu peningkatan berat badan, tidur menjadi lebih nyenyak, merangsang perkembangan motorik (Bimantoro, 2020).

10.3.3 Metode Pijat Tui Na

1. Pijat Tui Na adalah bermula dari pengobatan tradisional Tiongkok. Pijat Tui Na biasanya dilakukan bersamaan dengan terapi tradisional Tiongkok lainnya misalnya adalah bekam, akupuntur, tai chi, serta pengobatan herbal lainnya. Metode pijat Tui Na tidak hanya diaplikasikan pada sendi dan otot namun juga diaplikasikan pada tingkatan yang lebih tinggi yang disebut dengan “Chi” atau biasa disebut dengan energi utama manusia. Pijat Tui Na dipercaya dapat membantu menyeimbangkan energi dan dapat menyembuhkan berbagai penyakit yang disebabkan oleh energy utama “Chi” yang tidak seimbang (Ikhsan, 2019).

2. Ketidakseimbangan energi merupakan penyebab utama terjadinya penyakit, penyebab lainnya adalah karena disebabkan oleh sistem sirkulasi aliran darah yang tidak lancar. Titik tekan Tui Na membantu menyalurkan energi tubuh agar tercapainya keseimbangan. Biasanya, pijat Tui Na dilakukan untuk membantu mengobati kelemahan seperti nyeri punggung yang disebabkan oleh penyakit, nyeri pada kaki, osteoporosis, nyeri bahu, migrain dan serta untuk menambah nafsu makan pada anak-anak. Metode pemijatan titik tekan Tui Na dilaksanakan dengan metode menggosok punggung (Effleurage atau Tui), pijatan (Petrisage atau Nie), memijit (Tapotement atau Da), gesek,, penarikan, memelintir dan menggoyang dan menggetarkan bagian tubuh tertentu hingga memberikan pengaruh pada perkembangan energi tubuh melalui metode memijit dan mendorong bagian tubuh tertentu
3. Pijat Tui Na menggunakan metode pemijatan tanpa jarum sehingga dapat dengan mudah dilakukan dengan melakukan penekanan pada titik meridian yang secara khusus akan membantu meningkatkan nafsu makan pada anak, memperlancar peredaran darah pada area limpa dan pencernaan pijatan yang diberikan pada anak akan meningkatkan nada vagal sehingga cabang syaraf vagus akan meningkatkan enzim penyerapan yaitu gastrin dan insulin sehingga proses penyerapan sari-sari makanan akan lebih baik (Wijayanti & Sulistiani, 2019; Munjidah & Anggraini, 2019).

10.3.4 Teknik dasar Tui Na

Beberapa hal yang penting untuk menjadi perhatian sebelum prosedur pemijatan Tui Na pada anak (Bimantoro, 2020) adalah:

1. Persiapkan ruangan yang hangat, sehingga anak tidak merasa kedinginan
2. Cuci tangan sebelum melakukan pemijatan pada anak
3. Pastikan kuku pemijit tidak panjang, karena akan berisiko melukai kulit anak

4. Gunakan minyak atau lotion pada saat pemijatan pada anak untuk menghindari goresan pada kulit anak.
5. Lakukan dengan ritmik dan cepat pada saat melakukan pemijatan
6. Lakukan pemijatan 10-30 menit
7. Perhatikan situasi dan keadaan sebelum melakukan pemijatan. Pastikan anak dalam keadaan tenang dan senang. Hindari melakukan pemijatan dengan pemaksaan dan keadaan anak hendak bermain.
8. Pijat Tui Na dilakukan satu jam sebelum atau satu jam setelah makan
9. Hindari melakukan pemijatan pada saat kondisi anak demam, dua hari pasca imunisasi dan adanya luka pada kulit tempat akan dilakukannya pemijatan.
10. Perhatikan kondisi fisik anak, penyakit, dan umur anak sebelum melakukan pemijatan.

10.3.5 Prosedur Pijat Tui Na

Berikut ini merupakan teknik pijat Tui Na pada anak dapat dilakukan dengan melakukan penekan pada titik akupresure guna membantu merangsang peningkatan nafsu makan dan mempercepat penyerapan nilai gizi pada anak (Gunawan, 2016).

1. Ibu jari anak sedikit ditekuk, lakukan pemijatan secara perlahan dibagian garis sisi pinggir ibu jari, pemijatan dilakukan mulai dari pangkal hingga ujung ibu jari dengan jumlah 10-50 kali atau dengan jumlah sesuai dengan yang anda lakukan. Pemijatan ini berguna untuk meningkatkan fungsi sistem saluran cerna dan limpa.



Gambar 10.1: Prosedur 1. Gunawan (2016)

2. Pijat dengan gerakan memutar di dasar ibu jari yang paling tebal sebanyak 10-30 kali atau dengan jumlah sesuai dengan kemampuan anda. Kegiatan ini berguna untuk mengurangi penimbunan makanan yang tidak tercerna dan memperkuat sistem saluran pencernaan.



Gambar 10.2: Prosedur 2. Gunawan (2016)

3. Pijat sekitar bagian tengah telapak tangan sebanyak 10-30 kali atau dengan jumlah sesuai dengan kemampuan anda, dengan cakupan lingkaran kira-kira $\frac{2}{3}$ dari bagian tengah telapak tangan hingga pangkal kelingking. pemijatan ini berguna untuk membantu kelancaran peredaran vitalitas atau Chi dan darah, serta menyelaraskan 5 organ utama tubuh



Gambar 10.3: Prosedur 3 Gunawan (2016)

4. Tusuk bagian lekuk buku-buku jari dengan menggunakan kuku sebanyak 3-5 kali secara perlahan, dimulai dari jari kelingking hingga ke ibu jari secara berurutan. Pijat dengan cara menekan melingkar 30-

50 kali pertitik buku jari. Pijatan ini berguna untuk menghilangkan penimbunan makanan pada sistem saluran cerna.



Gambar 10.4 Prosedur 4 Gunawan, (2016)

5. Gunakan telapak tangan tekan bagian tengah perut tepat pada area pusar anak dengan Gerakan searah jarum jam dengan durasi 10-30 kali. Tindakan ini bertujuan untuk merangsang agar makanan supaya lebih mudah di cerna



Gambar 10.5 Prosedur 5. Gunawan, (2016)

6. Tekan dengan menggunakan kedua ibu jari pada area perut bagian atas menyusuri tulang iga menuju perut bagian samping, lakukan sebanyak 10-30 kali dan lakukan sebanyak-banyaknya sesuai dengan

kemampuan. Tujuan dilakukannya pemijatan ini adalah meningkatkan fungsi sistem pencernaan, lambung dan limpa.



Gambar 10.6: Prosedur 6. Gunawan, (2016)

7. Lakukan penekan pada area 4 jari di bawah lutut dengan Gerakan memutar, lakukan prosedur ini 5-10 kali dengan tujuan untuk menjaga keseimbangan fungsi lambung dan sistem pencernaan.



Gambar 10.7: Prosedur 7 Gunawan (2016)

8. Lakukan pemijatan lembut pada area punggung anak mulai dari bagian atas kebawah menuju tulang ekor sebanyak 3 kali dilanjutkan dengan mencubit lembut kulit punggung dengan menggunakan kedua tangan dari tulang ekor menuju bagian atas bahu sebanyak 3-5 kali. Hal ini akan membantu meningkatkan kekebalan anak dan meningkatkan nafsu makan pada anak.



Gambar 10.8:a Prosedur 8a Gunawan, (2016)



Gambar 10.8: b Prosedur 8b Gunawan (2016)

9. Pemijatan hanya boleh diaplikasikan pada anak satu kali sehari dengan frekuensi 6 hari berturut-turut, biasanya satu sesi pijatan sudah cukup untuk diaplikasikan, namun jika merasa penting untuk menambahkan pijatan baru, maka perlu memberi jarak 1-2 hari. Hindarkan memberi makan anak dalam keadaan anak sedang bermain atau sambil melakukan aktivitas lainnya. Hindarkan juga memaksa anak untuk makan karena akan memberikan dampak kerusakan mental (psikologis) terhadap makanan.

Bab 11

Penyebab Stunting di Negara yang Sedang Berkembang

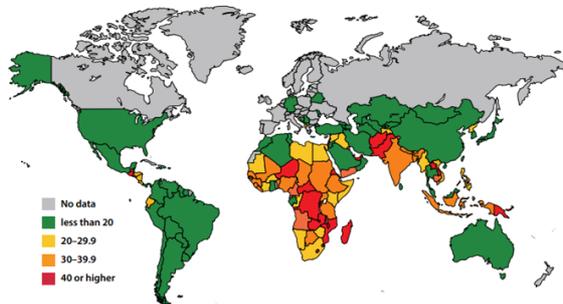
11.1 Pendahuluan

Stunting merupakan salah satu kekurangan gizi kronis yang sulit diperbaiki dan dapat memberikan dampak negatif pada anak. Secara singkat, stunting dapat dikatakan sebagai gangguan pertumbuhan pada anak yang tampak secara fisik. Stunting menyebabkan anak menjadi lebih pendek dibanding anak yang cukup gizi pada umur yang sama. Stunting juga dapat memberikan respon pertumbuhan dan perkembangan otak yang lambat pada anak. Stunting dapat menyebabkan balita pendek dan mengalami retardasi pertumbuhan linear (RPL) yang berujung pada gangguan kesehatan lahiriah, jiwa, emosi bahkan kecerdasan intelektual (Ariati, 2019). Oleh karena itu, stunting harus dicegah sedari dini dengan terlebih dahulu memahami berbagai penyebab terjadinya stunting pada anak.

Angka kematian bayi pada negara berkembang akibat gizi buruk, kurangnya layanan medis, dan minimnya pengetahuan seputar kesehatan lebih tinggi dibandingkan pada negara maju. Negara maju adalah negara yang mempunyai perkembangan industri yang tinggi dengan memaksimalkan faktor-faktor produksi seperti manusia dan sumber daya alam yang berujung pada tingkat

pendapatan per kapita yang tinggi sedangkan negara berkembang adalah negara dengan tingkat industrialisasi rendah, tingkat kelahiran dan kematian tinggi, standart hidup dan pendapatan per kapita yang rendah bahkan tidak merata, dan rendahnya pemanfaatan faktor-faktor produksi secara maksimal. (Lok, 2020)

Selain angka kematian bayi yang tinggi, masalah terbesar lain dari negara berkembang adalah tingginya kejadian stunting pada anak di bawah lima tahun (balita). Organisasi kesehatan dunia atau World Health Organization (WHO) menampilkan data prevalensi stunting pada anak di bawah usia 5 tahun pada Gambar 11.1. Indonesia tampak tergolong pada negara dengan tingkat prevalensi stunting yang cukup tinggi yakni sebesar 30-39,9 % secara dominan dan sebesar 40 % atau lebih di daerah sekitar Papua. Pada tahun 2016 dilaporkan 87 juta anak stunting tinggal di Asia, 59 juta di Afrika dan 6 juta di wilayah Amerika Latin dan Karibia (UNICEF, et al., 2017).



Gambar 11.1: Data prevalensi (%) stunting pada anak di bawah usia 5 tahun (WHO, 2018)

11.2 Penyebab Stunting di Berbagai Negara Berkembang

Pada tahun 2011, (Danaei, et al., 2016) memperkirakan terdapat 44,1 juta anak dengan usia 2 tahun di 137 negara berkembang telah mengalami kejadian stunting dengan faktor risiko individu adalah bayi lahir prematur dengan usia kehamilan yang kecil atau TSGA, sanitasi yang tidak baik dan diare. Infeksi, penyakit menular akibat kurangnya kondisi yang higienis dan ketersediaan air bersih menjadi faktor penentu terjadinya stunting pada anak yang secara umum

telah ditemukan pada kelompok dengan status ekonomi rendah. Infeksi penyakit diare dapat menyebabkan malabsorpsi nutrisi dan menurunkan nafsu makan pada anak. Pada penelitian di Bangladesh, Guinea Bissau, Ghana, Brasil dan Peru menunjukkan bahwa setiap kejadian diare dalam 24 bulan pertama bayi dapat meningkatkan risiko stunting pada usia 24 bulan (UNICEF, 2016)

Studi di Meksiko, Kenya dan Mesir menunjukkan sangat rendahnya asupan vitamin B12, zink dan iron pada populasinya (WHO, 2018). Asupan protein yang tidak mencukupi adekuat pada usia anak 2-5 tahun di Kenya dan Nigeria dijelaskan oleh penelitian Stephenson pada tahun 2010 dapat berkaitan dengan adanya kejadian stunting, bahkan dapat berdampak buruk pada pertumbuhan, perkembangan bagian otak, menjadi mudah terserang penyakit dan infeksi (Ariati, 2019). Data dari 137 negara berkembang dengan kondisi sanitasi yang tidak cukup dan air tak layak pakai memiliki faktor risiko terjadi stunting pada balita berurutan sebesar 1,37 kali dan 1,09 kali (Danaei, et al., 2016).

Infeksi lebih mudah menyerang keluarga yang memiliki sanitasi dan ketersediaan air bersih yang buruk. Keluarga terutama ibu belum cukup paham dengan kebutuhan makanan bergizi yang cukup dan pengolahan makanan yang baik. Secara umum, pemahaman tersebut cenderung dimiliki oleh ibu dan ayah yang memiliki cukup pendidikan dan pendapatan. Di Vietnam, presentase balita mengalami stunting meningkat pada ibu yang berpendidikan rendah sebesar 15,2 % dibandingkan pada balita dengan ibu yang berpendidikan tinggi yakni sebesar 8,8% (Nguyen, et al., 2013). (Rajoo, et al., 2017) mengemukakan bahwa balita pada rumah tangga dengan pendapatan rendah di Malaysia yakni sebesar kurang dari RM 500 per bulan berisiko mengalami stunting sebesar 2,1 kali. Anak-anak di Kenya dan Kamboja dari rumah tangga yang miskin memiliki peluang 0,4 kali lebih tinggi dari anak-anak yang rumah tangga kaya (Ettiyang & Sawe, 2016).

(Frenn, et al., 2012) mengemukakan bahwa ketersediaan air bersih, sanitasi yang layak dan kebersihan memiliki dampak yang signifikan terhadap pengurangan stunting pada anak. Wanita dengan usia 15-19 tahun di negara berpenghasilan rendah dan menengah seperti Nigeria, India dan Ethiopia telah melahirkan setidaknya sekali di mana ibu sendiri masih dalam tahap pertumbuhan sehingga dapat berisiko memiliki bayi dengan berat badan lahir rendah dan peningkatan stunting (Mason, et al., 2012). Menurut (Jiang, et al., 2014) kehamilan dengan usia ibu lebih dari 35 tahun berisiko melahirkan anak stunting sebesar 2,74 kali jika dibandingkan dengan ibu hamil yang berusia 25-35 tahun. Di Filipina, balita dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram atau berat bayi lahir rendah

(BBLR) berisiko mengalami stunting sebesar 3,82 kali dan ini juga terjadi di Indonesia (Apriluana & Fikawati, 2018). Di Kenya dan Kamboja, ibu yang kurus berpeluang memiliki anak stunting sebesar 1,7 kali lebih tinggi dari ibu yang tidak kurus (Ettyang & Sawe, 2016). Di Kenya, anak perempuan memiliki peluang 0,6 kali lebih rendah mengalami stunting daripada anak laki-laki (Ettyang & Sawe, 2016).

Menurut (Beal, et al., 2018), mengemukakan bahwa:

“Dalam kerangka konseptual WHO, faktor penyebab terjadinya stunting meliputi faktor yang berkaitan dengan keluarga, makanan pendamping asi, pemberian asi dan adanya infeksi yang juga didukung oleh faktor komunitas dan sosial”.

Dari definisi tersebut menyatakan bahwa kejadian stunting terjadi akibat dari berbagai faktor yang saling berhubungan dan terkait. Menurut (Bank, 2007), skema pada Gambar 12.2 yang telah diadaptasi dari Tufts University menunjukkan gambaran faktor dari pengetahuan internasional yang dapat menyebabkan stunting. Dari skema ini lebih jelas bagaimana saling terkait dari tingkatan anak-anak, rumah tangga dan komunitas.

11.2.1 Keluarga

Faktor kehamilan berperan penting bagi perkembangan janin sebagai calon anak. Menurut (Beal, et al., 2018) faktor terjadi stunting pada ibu mencakup adanya infeksi, kesehatan mental ibu, jarak kelahiran yang pendek, serta terjadinya hipertensi dengan faktor utama gizi buruk selama prakonsepsi, kehamilan dan menyusui, perwakan ibu yang pendek, kehamilan dini (usia remaja), adanya keterbatasan pada pertumbuhan intrauterin atau IUGR, dan terjadinya kelahiran prematur.

Dalam kerangka konseptual WHO diuraikan bahwa faktor penyebab stunting yang berhubungan dengan ibu adalah nutrisi yang buruk selama pra-konsepsi, kehamilan dan menyusui, perawakan ibu yang pendek, infeksi, kehamilan pada usia remaja, kesehatan mental, jarak kehamilan yang pendek, hipertensi, IUGR dan kelahiran prematur. Lingkungan rumah seperti aktivitas dan stimulasi anak yang tidak memadai, praktek perawatan yang buruk, suplai air dan sanitasi yang tidak memadai, alokasi makanan dalam rumah yang tidak wajar, pendidikan pengasuh yang rendah, tingkat kekayaan rumah tangga, keturunan (gen) bertubuh pendek, keturunan dan ibu yang merokok, rumah tangga yang padat (Beal, et al., 2018).

11.2.2 Makanan Pendamping ASI

Konseptual kerangka WHO (Beal, et al., 2018) mencantumkan faktor terjadinya stunting terkait makanan pendamping asi meliputi

1. Kualitas makanan

Faktor kualitas makanan yang buruk seperti kualitas gizi mikro yang buruk, keragaman makanan dan asupan sumber makanan hewani yang rendah, adanya kandungan anti nutrisi, kadar energimakanan pendamping asi yang rendah.

2. Praktek

Faktor praktek yang tidak memadai termasuk jarang makan, penyakit selama dan setelah makan yang tidak memadai, konsistensi pemberian makanan ringan, jumlah makanan yang tidak cukup dan pemberian makan yang tidak responsif

3. Keamanan pangan dan air

Faktor keamanan pangan dan air seperti pangan dan air, praktek higienis yang buruk, penyimpanan dan persiapan makanan yang buruk.

11.2.3 Penyusuan Air Susu Ibu

Faktor praktek menyusui ibu yang kurang memadai seperti inisiasi yang terlambat, penyusuan air susu ibu (ASI) yang tidak eksklusif (kurang dari 6 bulan) dan penghentian menyusui yang dini. Secara umum, ASI eksklusif diberikan selama 6 bulan pertama tanpa pemberian makanan pendamping ASI. Penyusuan ASI dapat diberikan bersamaan dengan pemberian makanan pendamping ASI selama 2 tahun (Beal, et al., 2018).

11.2.4 Infeksi

Faktor infeksi klinis dan nonklinis mengikuti konseptual kerangka WHO (Beal, et al., 2018) mencakup faktor-faktor infeksi yang berkaitan perut (penyakit diare, enteropati, cacingan), infeksi pernafasan, penyakit malaria, nafsu makan berkurang akibat adanya infeksi, peradangan, demam, vaksin tidak lengkap atau bahkan tidak vaksin sama sekali.

11.2.5 Komunitas dan Sosial

Faktor pada komunitas dan sosial ini mencakup bidang politik ekonomi; kesehatan; pendidikan; masyarakat dan budaya; pertanian dan sistem pangan; air, sanitasi dan lingkungan (Beal, et al., 2018). Faktor politik ekonomi seperti kebijakan perdagangan dan harga makanan; peraturan pasar; stabilitas politik; kekayaan, pendapatan dan kemiskinan; layanan keuangan, pemerintahan dan mata pencaharian. Faktor kesehatan dan pelayanan kesehatan antara lain kemudahan akses pada layanan kesehatan; kualitas penyedia layanan kesehatan; ketersediaan pasokan, infrastruktur; politik dan sistem pada layanan kesehatan.

Faktor dalam bidang pendidikan mencakup akses pada pendidikan yang berkualitas; guru yang bermutu, kesehatan tenaga pendidik yang baik; infrastruktur sekolah dan lembaga pelatihan. Hal ini juga berkaitan dengan faktor pada bidang masyarakat dan sosial yakni keyakinan dan norma yang berlaku di masyarakat; jaringan dukungan sosial; pengasuh anak (orang tua dan non-orang tua); status perempuan. Sedangkan faktor yang perlu diperhatikan dalam bidang pertanian dan sistem pangan adalah proses dan produksi pangan; ketersediaan makanan yang kaya nutrisi mikro; kualitas dan keamanan pangan. Hal ini juga didukung oleh faktor ketersediaan air, sanitasi dan lingkungan seperti layanan dan infrastruktur pada sanitasi dan penyediaan air; kepadatan penduduk; perubahan iklim; dan adanya urbanisasi.

11.3 Penyebab Stunting di Indonesia

Berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016), stunting terjadi akibat asupan goizi yang rendah dan adanya penyakit berulang yang didasari oleh lingkungan tak sehat. Menurut laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013, stunting dipengaruhi oleh faktor langsung seperti asupan nutrisi dalam makanan dan status kesehatan, dan faktor tak langsung mencakup pelayanan kesehatan dan lingkungan sekitar rumah, status imunisasi serta pendidikan, pendapatan dan juga karakteristik keluarga. Protein yang dikonsumsi kurang dari standart dan asupan energi yang rendah berhubungan signifikan dengan timbulnya kejadian stunting (Ariati, 2019). Susu dan mie fortifikasi yang diperkaya dengan beberapa vitamin dan mineral seperti asam folat, zat besi, vitamin B12 pada anak usia 6-59 bulan berisiko lebih rendah terjadi stunting (Semba, et al., 2011).

Beberapa potensi Pada tahun 2008 dilakukan penelitian oleh Samba dan tim mengenai tingkat pendidikan pada ibu dan ayah yang menjadi salah satu faktor penyebab stunting yang terjadi di Indonesia di mana pendidikan berhubungan dengan pekerjaan orang tua yang juga berdampak pada status ekonomi keluarga sehingga dapat menyebabkan ketidak mampuan orang tua dalam memenuhi nutrisi anaknya hingga berujung pada malnutrisi (Ariati, 2019). (Ariati, 2019) juga mengemukakan bahwa ada keterkaitan antara faktor prenatal seperti usia ibu dan status gizi ibu saat hamil), faktor pascanatal seperti asi eksklusif, imunisasi dan adanya penyakit infeksi), karakteristik keluarga yang mencakup pendidikan ibu dan ayah serta status sosial ekonomi keluarga dengan kejadian stunting pada balita berusia 23-59 bulan di desa Panduman.

Status ekonomi keluarga ini berkaitan erat dengan kemampuan daya beli yang berujung pada kemampuan keluarga mencukupi kebutuhan energi dan protein bagi anak. Di desa Panduman, pendidikan ibu yang menengah cenderung memiliki anak yang normal sebanyak 76,9 % dan pendidikan ibu yang rendah cenderung memiliki anak stunting sebesar 40,7 %, begitu juga dengan pendidikan ayah serta sosial ekonomi yang rendah cenderung memiliki anak stunting sebesar 70,6% pada balita usia 23-59 bulan (Ariati, 2019). Di Indonesia, balita dengan rumah tangga kuintil pendapatan terendah memiliki risiko terjadi stunting sebesar 2,3 kali (Torlesse, et al., 2016).

Balita yang tidak memiliki akses untuk sanitasi berisiko mengalami stunting sebesar 1,04 hingga 5 kali (Apriluana & Fikawati, 2018). Konsumsi air tanpa diolah terlebih dahulu berisiko mengalami stunting pada balita berumur 2-4,9 tahun sebesar 3,47 kali (Rachmi, et al., 2016). Menurut (Ariati, 2019), pelayanan kesehatan dan lingkungan di dalam maupun sekitar rumah tangga dengan indikator status imunisasi berhubungan dengan kejadian stunting akibat dari lebih seringnya terpapar sakit dan infeksi. Imunisasi membantu imun anak untuk dapat lebih dini mengenali virus atau bakteri sumber penyakit dan infeksi sehingga diharapkan tubuh lebih siap melawan perkembangan virus dan bakteri tersebut

Usia kehamilan yang terlalu muda atau terlalu tua juga dapat berdampak pada kelancaran supply nutrisi ibu pada bayi. Kehamilan pada umur ibu 20 – 35 tahun adalah masa usia reproduksi yang aman karena organ reproduksi yang telah matang dan kesiapan mental ibu dalam menjalani kehamilan dan persalinan (Ariati, 2019). Hal ini sangat amat mudah ditemukan di desa yang lebih umum menikahkan anak gadis pada usia muda dan berlanjut pada kehamilan dengan

usia muda sedangkan di perkotaan lebih sering didapati wanita yang menikah dengan usia lebih dari 35 tahun baik untuk alasan karir maupun kesiapan mental.

Di Indonesia terdapat beberapa adat juga yang tidak mengijinkan seorang ibu hamil maupun pasca melahirkan tidak boleh mengkonsumsi ayam, telur, ikan dan sejenisnya karena diyakini dapat membuat gatal dan jahitan tidak kunjung sembuh. Padahal protein sangat penting untuk perbaikan sel dan pertumbuhan ibu dan anak. Asupan protein sangat penting pada masa pertumbuhan, kekurangan asupan protein dapat mengakibatkan masalah gagal tumbuh termasuk stunting atau anak tampak pendek dengan berbagai dampak jangka panjang (Ariati, 2019).

Menurut (Beal, et al., 2018), menentukan bahwa di Indonesia:

“Stunting berkaitan dengan jenis kelamin laki-laki, lahir premature (dini), asi non-eksklusif pada 6 bulan pertama, tinggi ibu yang pendek, pendidikan ibu yang rendah, status social ekonomi rumah tangga yang rendah, sanitasi yang buruk terutama pada jamban, air minum yang tidak bersih dan matang, akses ke pelayanan dan perawatan kesehatan yang tidak memadai, dan kehidupan di pedesaan yang jauh dari kemajuan berbagai bidang serta akses”.

Dari pernyataan tersebut menyatakan bahwa di Indonesia, pendidikan, status social ekonomi, pelayanan kesehatan dan kemudahan akses hasil pertanian dan pangan sangat penting. Dengan kondisi pedesaan di Indonesia yang terpisah kepulauan, sangat membutuhkan akses agar dapat saling bertukar bahan pangan hingga tercukupi kebutuhan gizi. Kawasan pantai yang kaya akan ikan hasil laut dapat bertukar dengan kawasan pegunungan yang kaya akan hasil pertanian atau mungkin peternakan.

Dalam literatur lebih luas, penyebab stunting meliputi tinggi ibu dan tingkat pendidikannya, kelahiran premature dan panjang lahir, asi eksklusif selama 6 bulan, status ekonomi rumah tangga, sanitasi yang memadai, ketersediaan air bersih, ketersediaan zat gizi makro dan mikro terutama protein, beserta dukungan dari berbagai jalur termasuk ekonomi politik, pendidikan, masyarakat dan budaya, system pertanian dan pangan, air bersih, sanitasi dan lingkungan lain yang berperan penting di Indonesia (Beal, et al., 2018).

Bab 12

Peranan Metode Pendidikan dan Media Dalam Mengatasi Stunting

12.1 Pendahuluan

Penyuluhan di bidang kesehatan adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok, atau individu. Dengan adanya pesan tersebut, masyarakat, kelompok, atau individu diharapkan dapat memperoleh pengetahuan tersebut akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Keberhasilan proses penyuluhan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor seperti faktor metode, faktor materi atau pesannya, pendidik atau petugas yang melakukannya, dan alat-alat bantu/peraga pendidikan yang dipakai. Alat bantu pendidikan adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidik dan mempermudah penyampaian bahan pendidikan/informasi oleh para pendidik dan mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan kesehatan, alat bantu atau media penyuluhan dapat dibagi menjadi 3 macam, yaitu media cetak, media elektronik, dan media papan.



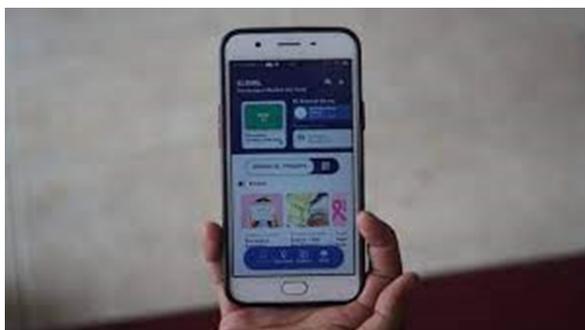
Gambar 12.1: Ilustrasi Penyuluhan Stunting (Sumber: jakarta.tribunnews.com)

Media cetak dapat berupa penggabungan antara tulisan, gambar atau foto ke dalam berbagai macam bentuk mediana. Contoh media cetak antara lain Booklet, yaitu suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar; Leaflet, yaitu bentuk penyampaian informasi atau pesan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasinya dapat bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi; Flyer (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat; Flip chart (lembar balik), media penyampaian pesan atau informasi dalam bentuk lembar balik dan biasanya dalam bentuk buku di mana tiap lembarnya berisi peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut; Rubrik atau tulisan dalam surat kabar atau majalah yang berkaitan dengan informasi yang akan disampaikan; Poster yaitu bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi yang biasanya ditempel ditembok, ditempat umum atau kendaraan umum.



Gambar 12.2: Contoh Leaflet Stunting (promkes.kemkes.go.id)

Media elektronik sebagai sarana untuk menyampaikan pesan atau informasi yang berbeda-beda jenisnya antara lain Televisi. Penyampaian pesan atau informasi melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau tanya jawab, TV spot, kuis atau cerdas cermat; Radio. Penyampaian informasi atau pesan melalui radio juga dapat bermacam-macam bentuknya yaitu obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio spot; Video. Penyampaian informasi dalam bentuk gambar bergerak yang diaplikasikan dalam bentuk video; Slide. Slide dapat digunakan untuk menayangkan materi yang akan disampaikan melalui tayangan powerpoint. Papan (billboard) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis di lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum seperti bus dan taksi.



Gambar 12.3: Ilustrasi Media Elektronik Stunting (bali.bkkbn.go.id)

Peranan edukasi gizi pada ibu-ibu yang memiliki balita sangat penting. Edukasi gizi merupakan bagian kegiatan pendidikan kesehatan, didefinisikan sebagai upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam bidang kesehatan. Academic Nutrition and Dietetics (AND) mendefinisikan edukasi gizi sebagai suatu proses yang formal untuk melatih kemampuan klien atau meningkatkan pengetahuan klien dalam memilih makanan, aktivitas fisik, dan perilaku yang berkaitan dengan pemeliharaan atau perbaikan kesehatan. Edukasi gizi mampu meningkatkan pengetahuan dan feeding practice ibu meskipun pertumbuhan anak tidak meningkat secara langsung. Edukasi gizi kepada ibu dan para pengasuh balita menjadi salah satu rekomendasi Unicef Indonesia untuk mengentaskan masalah stunting di Indonesia. Edukasi gizi dapat dilakukan secara individu maupun berkelompok (Rahayu et al., 2018).

Stunting disebabkan oleh faktor multidimensi, yaitu praktik pengasuhan yang tidak baik, terbatasnya layanan kesehatan dan pembelajaran dini yang berkualitas, kurangnya akses ke makanan bergizi, serta kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi. Penanganan anak kerdil (stunting) memerlukan koordinasi antar sektor dan melibatkan berbagai pemangku kepentingan seperti pemerintah pusat, pemerintah daerah, dunia usaha/industri, dan masyarakat umum. Dalam peranan mengatasi permasalahan stunting, pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak. Pendidikan yang baik memungkinkan orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, menjaga kesehatan anak, dan pendidikan. Tidak adanya hubungan pendidikan orang tua, baik ayah dan ibu dengan perkembangan motorik bisa disebabkan oleh perkembangan anak tidak saja dipengaruhi oleh pendidikan orang tua, tapi juga besarnya dukungan dari lingkungan. (Rahayu et al., 2018).

Tingkat pendidikan memengaruhi seseorang dalam menerima informasi. Orang dengan tingkat pendidikan yang lebih baik akan lebih mudah dalam menerima informasi daripada orang dengan tingkat pendidikan yang kurang. Informasi tersebut dijadikan sebagai bekal ibu untuk mengasuh balitanya dalam kehidupan sehari-hari. Pendidikan ayah yang tinggi berkaitan erat dengan pola pengasuhan anak dalam keluarga, penggunaan jamban tertutup, pemberian imunisasi dan vitamin A, penggunaan garam beryodium, serta pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pendidikan yang tinggi seorang ayah mempunyai peluang yang lebih besar untuk memperoleh pekerjaan yang lebih baik, sehingga dengan demikian dapat memenuhi kebutuhan keluarganya (Rahayu et al., 2018).

12.2 Jenis Metode Pendidikan dan Media

12.2.1 Metode Audio visual

Metode audio visual adalah menyampaikan informasi menggunakan media audio yang diterima oleh indera pendengaran dan visual yang diterima oleh indera penglihatan. Metode audio visual bertujuan mendorong seseorang untuk menerima informasi dengan lebih mudah. Metode audio visual merupakan media pembelajaran atau media penyuluhan untuk memberikan informasi

penting yang akan disampaikan. Metode Audio visual mengandung unsur suara dan gambar yang dapat dilihat melalui video, film, dan lain-lain. Metode audio visual dapat menjadi media pendukung untuk melakukan penyuluhan karena informasi yang diberikan singkat padat dan jelas serta menarik dan mudah dipahami ibu-ibu dan juga dapat meningkatkan pengetahuan seseorang (Fadyllah and Prasetyo, 2021)

Pendidikan kesehatan melalui metode audio visual berupa kelas edukasi, iklan TV, penyuluhan kesehatan, dan pemberian video berbasis online memberikan pengaruh yang baik terhadap pengetahuan ibu dengan anak stunting dan kurang gizi serta ibu hamil. Penggunaan audio visual dalam pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan ibu dalam merawat anak dengan gizi kronis atau stunting. Informasi audio visual tentang stunting disampaikan dalam beberapa metode, seperti kelas pendidikan, iklan TV, pendidikan kesehatan, dan video online. Durasi video sekitar 5-6 menit (Fadyllah and Prasetyo, 2021).

Ada dampak dari pemberian edukasi kesehatan menggunakan metode audio visual terhadap peningkatan pengetahuan ibu dalam pemberian gizi anak. Semua video audio visual dapat meningkatkan pengetahuan ibu. Peningkatan pengetahuan ibu meliputi: meningkatkan pengetahuan dan kesadaran ibu dalam memberikan makanan tambahan, meningkatkan pengetahuan ibu dalam praktik pemberian makanan pada anak, meningkatkan pengetahuan ibu tentang pentingnya asupan buah dan sayuran serta protein hewani untuk pemenuhan gizi, meningkatkan pengetahuan ibu dalam pemberian makanan serta ASI eksklusif (Fadyllah and Prasetyo, 2021).

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu faktor yang memengaruhi suatu proses pendidikan yang berdampak pada tercapainya suatu hasil pendidikan yang optimal. Pendidikan kesehatan dapat memengaruhi proses belajar, melalui pemberian pendidikan kesehatan terhadap seseorang maka dapat meningkatkan pengetahuan, serta mampu meningkatkan kemampuan perilaku untuk mencapai sehat. Pemberian pendidikan kesehatan salah satunya menggunakan metode audio visual sangat efektif karena ibu-ibu dapat mengulang dan memahami kembali apa yang telah dijelaskan atau yang telah disampaikan (Fadyllah and Prasetyo, 2021).

Keunggulan metode audio visual dari metode lainnya ialah mudah serta efektif. Penggunaan media audio visual mempunyai jenis beragam seperti film pendek, video, iklan, video animasi, serta video grafis. Banyaknya pilihan media ini bisa memudahkan peserta serta membuat para peserta tidak bosan dengan

penyuluhan biasa yang dilakukan menggunakan metode ceramah yang menggunakan poster dan flipchart. Berbagai macam media yang ada dalam metode audio visual mampu memberikan informasi secara menarik dan singkat tentang informasi tentang gizi, pola makan, kecukupan karbohidrat, gizi serta protein yang baik serta kebersihan lingkungan yang harus bersih yang harus dilakukan oleh ibu (Fadyllah and Prasetyo, 2021).

Metode audio visual dapat merangsang dua indera yaitu mata dan telinga secara bersamaan sehingga ibu lebih fokus pada materi yang diberikan. Penyampaian melalui kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitas paling rendah. Penggunaan metode audio visual merupakan pengamalan salah satu prinsip proses pendidikan. Metode audio visual sangat membantu dalam penyampaian informasi tentang gizi seimbang untuk balita kepada ibu agar informasi tersebut dapat disampaikan lebih jelas dan tepat. Media audio visual juga menerangkan suatu objek yang dapat diberikan misalnya makan yang dikonsumsi mengandung karbohidrat, protein, mineral dan lain sebagainya. Manfaat dari metode audio visual diantaranya dapat menjadi media pendukung untuk melakukan penyuluhan atau pendidikan kesehatan karena informasi yang diberikan singkat, padat, dan jelas serta menarik dan mudah dipahami. Media audio visual menampilkan gerak serta suara yang memudahkan ibu-ibu untuk menerima informasi secara cepat. Video saat ini banyak digunakan dalam kegiatan sehari-hari, sehingga sangat mendukung dalam pelaksanaan edukasi dibandingkan metode ceramah (Fadyllah and Prasetyo, 2021).

Metode audio visual yang dilakukan yaitu menggunakan video dan iklan televisi dalam pemberian informasi kepada ibu-ibu. Video dan iklan berisikan materi pemberian gizi, pola makan, perilaku makan ibu dan anak, perilaku sanitasi dan kebersihan lingkungan, pemberian makanan tambahan, modifikasi pemberian makanan, pemenuhan nutrisi sesuai dengan pedoman gizi seimbang, serta pentingnya pemberian sayuran dan buah protein yang dikonsumsi anak dalam pemenuhan gizi dalam meningkatkan perkembangan anak. Dampak dari pemberian pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode audio visual terhadap ibu yaitu meningkatkan pemberian makanan serta gizi untuk anak sesuai dengan pedoman gizi seimbang, adanya perubahan perilaku ibu dalam pemenuhan gizi pada anak, mengetahui pentingnya pemberian makanan tambahan untuk anak, meningkatkan pengetahuan ibu akan pentingnya keanekaragaman makanan serta asupan buah dan sayuran, serta pemenuhan protein yang dapat memenuhi kebutuhan gizi anak dalam menurunkan angka prevalensi stunting (Fadyllah and Prasetyo, 2021).

12.2.2 Metode Kombinasi Permainan dan Demonstrasi

Kombinasi metode permainan dan demonstrasi dapat meningkatkan minat dan atensi masyarakat untuk terlibat secara aktif partisipatif dalam menerima materi yang disampaikan. Pengalaman seseorang dalam belajar dan menerima informasi dilakukan melalui panca inderanya. Setiap indera manusia memiliki pengaruh yang berbeda terhadap hasil belajar maupun penyerapan informasi seseorang, sehingga akan lebih baik apabila seseorang dalam mempelajari sesuatu dengan melibatkan lebih dari satu inderanya. Informasi dan pengetahuan dengan melibatkan lebih banyak indera akan lebih maksimal karena materi pengetahuan akan lebih mudah diterima dan diingat oleh para sasaran didik (Ifroh et al., 2021).

Metode permainan ranking satu merupakan metode pengembangan cooperative learning, yaitu suatu metode yang bertujuan untuk mendorong audiens atau peserta didik bertanggung jawab dalam menyelesaikan suatu pertanyaan atau isu yang sedang didiskusikan, menumbuhkan sikap dan perilaku demokratis serta terbuka dengan informasi atau hal-hal baru, selain itu metode ini mendorong peserta didik untuk lebih percaya diri dan berperan aktif selama proses penyampaian informasi berlangsung guna meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai suatu materi pembelajaran di masyarakat. Adapun soal yang diberikan pada sesi ranking satu adalah pertanyaan-pertanyaan mengenai definisi stunting, ciri anak stunting, penyebab dan upaya pencegahan stunting di tingkat keluarga. Hal ini dapat meningkatkan atensi peserta didik dalam menerima materi yang disampaikan karena metode ini menekankan pada interaksi dan komunikasi dalam penyampaian setiap item pertanyaan yang diajukan (Ifroh et al., 2021).

Demonstrasi adalah teknik pengelolaan proses pembelajaran dengan memperagakan atau menunjukkan suatu proses, benda, contoh langsung atau cara kerja suatu produk atau teknologi yang sedang dipelajari Demonstrasi dapat dilakukan dengan menampilkan benda nyata, model, atau tiruannya dan disertai dengan penjelasan secara langsung atau lisan. Metode demonstrasi juga merupakan salah satu metode pendidikan yang melibatkan indera sentuhan dan pengalaman langsung pembelajaran Demonstrasi mengenai praktek pencegahan stunting berupa demonstrasi stimulasi, pengukuran TB/BB anak telah dilakukan pada penelitian sebelumnya di mana hasil yang diperoleh bahwa sasaran pendidikan kesehatan yaitu kader posyandu mengalami peningkatan pengetahuan dan dapat mendukung pelaksanaan pemantauan tumbuh kembang anak yang ke posyandu berjalan maksimal (Ifroh et al., 2021).

12.2.3 Media integrating Card

Media kartu berfungsi sebagai permainan dan edukasi. Setiap kartu diberi nomor dan terdiri atas kartu A, kartu B, dan joker yang berisi gambar dan pernyataan mengenai stunting yang terdiri dari tiga kategori. Kategori penyebab diberi warna kuning, kategori dampak diberi warna merah, sedangkan kategori pencegahan diberi warna hijau). Gambar-gambar dalam kartu dibuat menarik dan relevan dengan informasi yang diberikan. Permainan dengan kartu interaktif memiliki keunggulan, yaitu dapat lebih memfasilitasi interaksi tatap muka dengan teman sebaya, anggota keluarga, kader, bahkan dengan tenaga kesehatan daripada permainan digital. Selain itu, dikemukakan juga bahwa intervensi dengan media kartu untuk pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan sebesar 76% (Astuti, Megawati and CMS, 2020).



Gambar 12.4: Ilustrasi Bermain Kartu (jurnal.unpad.ac.id)

Peserta dibagi ke dalam kelompok-kelompok kecil. Permainan dimulai dengan sosialisasi penggunaan kartu oleh fasilitator (bidan desa atau kader posyandu) yang sudah dilatih untuk menggunakan kartu. Setiap peserta dipersilakan untuk mengambil satu kartu kemudian membaca isi kartu tersebut, sedangkan peserta yang lain diminta untuk menyebutkan apakah pernyataan tersebut termasuk kategori pencegahan, dampak, atau penyebab stunting. Kartu joker harus dicari pasangannya yang sesuai, baik pada kartu berwarna hijau, kuning, maupun merah. Masing-masing kategori dibuat menjadi beberapa kartu sesuai dengan materi yang akan disampaikan. Fasilitator melakukan tanya jawab dengan peserta untuk mengevaluasi pemahaman perihal stunting secara kualitatif.

Selain itu, dilakukan juga tanya jawab dengan menggunakan kuesioner untuk mengukur tingkat pengetahuan peserta. Edukasi dengan media kartu dapat dilakukan pada beberapa kelompok sekaligus dengan memperbanyak set kartu terlebih dahulu. Integrating card dapat menjadi alternatif media yang menarik dan mudah digunakan dalam upaya mencegah dan menurunkan kejadian stunting (Astuti, Megawati and CMS, 2020).

Bab 13

Peran Lintas Sektor Dalam Penanggulangan Stunting

13.1 Pendahuluan

Permasalahan stunting merupakan masalah serius dalam pembangunan sumber daya manusia (SDM) Indonesia. Tantangan ini harus di atasi dengan baik agar generasi masa depan Indonesia bisa menjadi generasi yang unggul, berdaya saing, dan berkualitas. Adanya pandemi Covid-19, dimana terjadi pembatasan mobilitas dan perlambatan ekonomi yang menyebabkan berkurangnya akses terhadap pangan bergizi seimbang dan aman dapat berpotensi memperburuk permasalahan stunting. Untuk itu, penanganan stunting di tengah pandemi Covid-19 tetap perlu diprioritaskan. Penyebab stunting berakar dalam berbagai sektor sehingga percepatan penurunan prevalensi stunting tidak dapat dilakukan secara parsial. Perlu pendekatan lintas sektor dan pengintegrasian kegiatan untuk mengatasi masalah secara komprehensif. sinergitas lintas sektor diperlukan untuk membangun komitmen bersama dalam mendukung percepatan penurunan prevalensi stunting. Percepatan penurunan stunting merupakan salah satu agenda prioritas nasional, untuk mewujudkan sumber daya manusia yang sehat, cerdas, dan produktif dalam mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan. Sesuai Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting, terdapat 5 pilar dalam

Strategi Nasional (Stranas) Percepatan Penurunan Stunting. Salah satu pilar dalam Stranas stunting tersebut adalah ketahanan pangan dan gizi (Indonesia and Sekretariat Negara, 2021).

Prevalensi stunting selama 10 tahun terakhir menunjukkan tidak adanya perubahan yang signifikan dan ini menunjukkan bahwa masalah stunting perlu ditangani segera. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Kemenkes, 2018) menunjukkan 30,8% atau sekitar 7 juta balita menderita stunting. Masalah gizi lain terkait dengan stunting yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat adalah anemia pada ibu hamil (48,9%), Berat Bayi Lahir Rendah atau BBLR (6,2%), balita kurus atau wasting (10,2%) dan anemia pada balita (BAPPENAS, 2018)

Sebagai bentuk komitmen tinggi pemerintah pusat, Wakil Presiden Republik Indonesia telah memimpin Rapat Koordinasi Tingkat Menteri untuk penurunan stunting pada tanggal 12 Juli 2017. Rapat tersebut memutuskan bahwa penurunan stunting penting dilakukan dengan pendekatan multi-sektor melalui sinkronisasi program-program nasional, lokal, dan masyarakat di tingkat pusat maupun daerah.

Tujuan umum Stranas Stunting adalah mempercepat pencegahan stunting dalam kerangka kebijakan dan institusi yang ada. Tujuan tersebut akan dicapai melalui lima tujuan khusus sebagai berikut:

1. Memastikan pencegahan stunting menjadi prioritas pemerintah dan masyarakat di semua tingkatan;
2. Meningkatkan kesadaran publik dan perubahan perilaku masyarakat untuk mencegah stunting;
3. Memperkuat konvergensi melalui koordinasi dan konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah, dan desa;
4. Meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan; dan
5. Meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan percepatan pembelajaran (BAPPENAS, 2018).

Walaupun hasil Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) tahun 2019 menunjukkan adanya penurunan prevalensi stunting dari 30,8% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018) menjadi 27,67% tahun 2019 atau turun sekitar 3,13%, berdasarkan hasil SSGI tahun 2021 angka stunting secara nasional mengalami

penurunan sebesar 1,6 persen per tahun dari 27,7 persen tahun 2019 menjadi 24,4 persen tahun 2021. Hampir sebagian besar dari 34 provinsi menunjukkan penurunan dibandingkan tahun 2019 dan hanya 5 provinsi yang menunjukkan kenaikan. Hal tersebut menunjukkan bahwa implementasi dari kebijakan pemerintah mendorong percepatan penurunan stunting di Indonesia telah memberi hasil yang cukup baik, namun prevalensi ini masih jauh dari rekomendasi Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) yaitu prevalensi stunting di bawah 20 %. World Bank atau Bank Dunia mencatat prevalensi stunting di Indonesia terus mengalami penurunan sejak tahun 1996 sebesar 48,1 hingga 36,4 pada 2013.

13.2 Intervensi Stunting Terintegrasi

Perhatian global terhadap gizi kurang sangat besar saat ini. Hal itu untuk meningkatkan kesejahteraan miliaran orang, dengan konsekuensi positif bagi kesehatan, perkembangan, sekolah, dan penghasilan mereka (Leroy and Frongillo, 2019). Ada sekitar 160 juta anak di bawah usia 5 tahun dan tinggal di negara berkembang sangat kekurangan gizi (De Onis and Branca, 2016). Kekurangan gizi kronis pada kehidupan awal akan merugikan masa depan, termasuk kurang pendidikan, keterampilan kognitif yang lebih buruk, pendapatan yang lebih rendah dan lebih tinggi kemungkinannya hidup dalam kemiskinan (Hoddinott, Rosegrant and Torero, 2013). Persoalan lainnya, secara ekonomi akan menghambat pertumbuhan ekonomi dan produktivitas pasar kerja. Hilangnya sekitar 11 persen dari PDB dan mengurangi pendapatan pekerja dewasa hingga 20 persen. Selanjutnya akan memperparah ketimpangan (inequality) dan mengurangi 10 persen dari total pendapatan seumur hidup, akibatnya memperparah kemiskinan antar-generasi. Di masa mendatang akan menghambat pembangunan dan peluang menjadi negara maju.

Upaya penurunan stunting dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk mengatasi penyebab tidak langsung. Selain mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan, keterlibatan pemerintah dan lintas sektor, serta kapasitas untuk melaksanakan. Penurunan stunting memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung (BAPPENAS, 2018)

Perlu intervensi program dan pembiayaan mengatasi kekurangan gizi akut dan kronis sebagai program yang berbeda oleh para pembuat kebijakan (Al Mamun and Ibrahim, 2018). Perlu dilakukan Intervensi gizi spesifik yang merupakan kegiatan langsung mengatasi terjadinya stunting seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan. Intervensi spesifik ini umumnya diberikan oleh sektor kesehatan dan dijelaskan pada Tabel 13.1.

Terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik:

1. Intervensi prioritas, yaitu intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar pada pencegahan stunting dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas;
2. Intervensi pendukung, yaitu intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait stunting dan diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan.
3. Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu, yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk untuk kondisi darurat bencana (program gizi darurat) (RI, 2020).

Tabel 13.1: Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Penurunan Stunting.
(BAPPENAS, 2018)

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi Tertentu
Kelompok Sasaran 1000 HPK			
Ibu Hamil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin/Kurang Energi Kronik (KEK) ▪ Suplemen tablet tambah darah 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplemntasi kalsium ▪ Pemeriksaan kehamilan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perlindungan dari malaria ▪ Pencegahan HIV
Ibu Menyusui dan anak usia 0-23 bulan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promosi dan konseling menyusui ▪ Promosi dan konseling pemberian makan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementasi kapsul vitamin A ▪ Suplementasi taburia ▪ Imunisasi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pencegahan kecacingan

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi Tertentu
	bayi dan anak (PMBA) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tata laksana gizi buruk ▪ Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus ▪ Pemantauan dan promosi pertumbuhan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementasi zinc untuk pengobatan diare ▪ Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) 	
Kelompok Sasaran Usia Lainnya			
Remaja putri dan wanita usia subur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplemen tablet tambah darah 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementasi kalsium ▪ Pemeriksaan kehamilan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perlindungan dari malaria ▪ Pencegahan HIV
Anak usia 24-59 bulan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tata laksana gizi buruk ▪ Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus ▪ Pemantauan dan promosi pertumbuhan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementasi kapsul vitamin A ▪ Suplementasi taburia ▪ Suplementasi zinc untuk pengobatan diare ▪ Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pencegahan kecacingan

Intervensi gizi sensitif mencakup: (a) Peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi; (b) Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan; (c) Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; (c); serta (d) Peningkatan akses pangan bergizi. Intervensi gizi sensitif umumnya dilaksanakan di luar Kementerian Kesehatan. Sasaran intervensi gizi sensitif adalah keluarga dan masyarakat dan dilakukan melalui berbagai program dan kegiatan sebagaimana tercantum di dalam Tabel 13.2.

Tabel 13.2: Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Penurunan Stunting.
(BAPPENAS, 2018)

Jenis Intervensi	Program/Kegiatan Intervensi
Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akses air minum yang aman ▪ Akses sanitasi yang layak
Peningkatan dan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akses pelayanan Keluarga Berencana ▪ Akses jaminan kesehatan (JKN) ▪ Akses bantuan uang tunai untuk keluarga miskin (PKH)
Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyebarluasan informasi melalui berbagai media ▪ Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi ▪ Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua ▪ Penyediaan akses PAUD, promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuhkembang anak ▪ Penyediaan konseling kesehatan dan reproduksi untuk remaja ▪ Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
Peningkatan akses pangan dan gizi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akses bantuan pangan non tunai (BPNT) untuk keluarga kurang mampu ▪ Akses fortifikasi bahan pangan utama (garam, tepung terigu, minyak goreng) ▪ Akses kegiatan kawasan rumah pangan lestari (KRPL) ▪ Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan

Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan Holistik, Intergratif, Tematik, dan Spatial (HITS). Upaya penurunan stunting akan lebih efektif apabila intervensi gizi spesifik dan sensitif dilakukan secara terintegrasi atau terpadu. Beberapa penelitian baik dari dalam maupun luar negeri telah menunjukkan bahwa keberhasilan pendekatan terintegrasi yang dilakukan pada sasaran prioritas di lokasi fokus untuk mencegah dan menurunkan stunting (Levinson, Balarajan and Marini, 2013).

13.3 Peran Lintas Sektor Dalam Percepatan Penurunan Stunting

Komitmen untuk percepatan perbaikan gizi diwujudkan dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang mengintegrasikan pelayanan kesehatan, terutama kesehatan ibu, anak dan pengendalian penyakit dengan pendekatan berbagai program dan kegiatan yang dilakukan lintas sektor. Implementasi perbaikan gizi juga dituangkan ke dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2015-2019.

Selain peraturan dan kebijakan di atas, pemerintah pusat juga telah menyusun Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting. Periode 2018-2024 (Stranas Stunting). Tujuan umum Stranas Stunting adalah mempercepat pencegahan stunting dalam kerangka kebijakan dan institusi yang ada.

Tujuan tersebut akan dicapai melalui lima tujuan khusus sebagai berikut:

1. Memastikan pencegahan stunting menjadi prioritas pemerintah dan masyarakat di semua tingkatan;
2. Meningkatkan kesadaran publik dan perubahan perilaku masyarakat untuk mencegah stunting;
3. Memperkuat konvergensi melalui koordinasi dan konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah, dan desa;
4. Meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan; dan
5. Meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan percepatan pembelajaran

Penyelenggaraan intervensi penurunan stunting terintegrasi merupakan tanggung jawab bersama lintas sektor dan bukan tanggung jawab salah satu institusi saja. Untuk itu, diperlukan sebuah tim lintas sektor sebagai pelaksana Aksi Integrasi. Keanggotaan tim lintas sektor tersebut sekurang-kurangnya mencakup instansi yang menangani: kesehatan, pertanian, ketahanan pangan, kelautan dan perikanan, pendidikan, perindustrian, sosial, agama, komunikasi dan informasi, pekerjaan umum/cipta karya/perumahan dan permukiman,

pemberdayaan masyarakat desa, pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak, kependudukan catatan sipil dan keluarga berencana, dan pengawasan obat dan makanan.

Tabel 13.3: Pemetaan Kegiatan Sektor atau OPD Terkait dalam Percepatan Penurunan Stunting. (BAPPENAS, 2018)

Instansi	Kegiatan Terkait Penurunan <i>Stunting</i>
Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pembinaan dalam peningkatan status gizi masyarakat ▪ Pembinaan dalam peningkatan pengetahuan gizi masyarakat ▪ Pembinaan pencegahan <i>stunting</i> ▪ Pelaksanaan strategi promosi kesehatan ▪ Peningkatan surveilans gizi ▪ Penguatan intervensi suplementasi gizi pada ibu hamil dan balita ▪ Penyediaan makanan tambahan bagi ibu hamil KEK ▪ Penyediaan makanan tambahan balita kekurangan gizi ▪ Suplementasi gizi mikro ▪ Pembinaan dalam peningkatan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan ▪ Pelaksanaan pembinaan STBM ▪ Layanan pengendalian penyakit filariasis dan kecacingan
Pertanian dan Ketahanan Pangan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kawasan rumah pangan lestari (KRPL) ▪ Kawasan pangan mandiri
Kelautan dan Perikanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemasaran dan promosi hasil kelautan dan perikanan
Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanitasi pedesaan Padat Karya ▪ PAMSIMAS/SPAM Pedesaan
Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyelenggaraan PAUD ▪ Kelas parenting ▪ Penguatan usaha kesehatan sekolah (UKS) ▪ Bantuan sanitasi sekolah
Keluarga Berencana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peningkatan promosi pengasuhan 1000 HPK
Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sosialisasi gizi seimbang, ASI, pembatasan GGL, kesehatan produksi, dan bahaya merokok bag anak dan keluarga
Sosial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Family Development session (FDS) pada PKH ▪ KPM yang mendapatkan bantuan social pangan
Agama	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bimbingan perkawinan-pra nikah ▪ Pembinaan keluarga sakinah
Kependudukan dan Catatan Sipil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pencatatan sipil (Akta kelahiran, NIK)
Perindustrian	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengawasan SNI wajib produk industry hasil tanaman pangan
Perdagangan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengawasan barang beredar dan jasa sesuai ketentuan

Instansi	Kegiatan Terkait Penurunan <i>Stunting</i>
Pengawasan Obat dan Makanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengawasan produk pangan forifikasi ▪ Desa pangan aman
Komunikasi dan Informatika	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kampanye nasional terkait <i>stunting</i>
Pemberdayaan Masyarakat Desa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemanfaatan dana desa
Perencanaan Pembangunan Daerah	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi penganggaran kegiatan percepatan <i>stunting</i> ▪ Penguatan koordinasi perencanaan percepatan penurunan <i>stunting</i> ▪ Advokasi penerapan kebijakan percepatan penurunan <i>stunting</i>

Aksi Integrasi merupakan pendekatan intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terpadu, dan bersamasama sehingga institusi penanggung jawab Aksi Integrasi harus melibatkan lintas sektor dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kegiatan.

Intervensi penurunan stunting terintegrasi dilaksanakan melalui 8 (delapan) aksi, yaitu:

1. Analisis Situasi Program Penurunan Stunting
2. Penyusunan Rencana Kegiatan
3. Rembuk Stunting
4. Peraturan Bupati/Walikota tentang Peran Desa
5. Pembinaan Kader Pembangunan Manusia
6. Sistem Manajemen Data Stunting
7. Pengukuran dan Publikasi Data Stunting
8. Reviu Kinerja Tahunan

Untuk memastikan keterlibatan lintas sektor dalam pelaksanaan Aksi Integrasi tersebut, penanggung jawab menyusun jadwal kerja, memasukkan agenda pemantauan kemajuan pelaksanaan Aksi Integrasi pada rapatrapat koordinasi reguler, memanfaatkan media sosial atau sarana lainnya untuk komunikasi dan koordinasi, dan menugaskan tim teknis pelaksana untuk melaporkan kemajuan tindak lanjut sesuai kebutuhan. Peran dan tanggung jawab masing-masing OPD serta keterkaitan antar aksi dan tahapan reguler (BAPPENAS, 2018).

13.4 Sistem Integrasi Manajemen Data Kegiatan Lintas Sektor Pada Stunting

Sistem manajemen data intervensi penurunan stunting merupakan upaya pengelolaan data yang akan digunakan untuk mendukung pelaksanaan aksi-aksi integrasi lainnya, serta dimanfaatkan untuk membantu pengelolaan program/kegiatan penurunan stunting terintegrasi. Sistem manajemen data mencakup data dari setiap indikator mulai dari data stunting sampai dengan cakupan intervensi gizi spesifik dan sensitif. Sistem manajemen data adalah bagian dari manajemen sumber daya informasi yang mencakup semua kegiatan mulai dari identifikasi kebutuhan data, pengumpulan data hingga pemanfaatan data, untuk memastikan adanya informasi yang akurat dan mutakhir. Kegiatan-kegiatan dalam sistem manajemen data akan bersinggungan dengan aspek kebijakan, akan menggunakan dan mendukung mekanisme yang berjalan serta tidak terlepas dari dukungan teknologi informasi dalam pengumpulan dan pengelolaan data. Sistem manajemen data secara umum bertujuan untuk membantu menyediakan dan mempermudah akses data untuk pengelolaan program penurunan stunting terintegrasi.

Tabel 13.4: Contoh Penanggung Jawab Penyediaan Data Stunting Lintas Sektor. (BAPPENAS, 2018)

Jenis Intervensi	Contoh Kegiatan	Lintas Sektor (OPD) Penanggungjawab Data
Gizi Spesifik		
Peningkatan gizi dan kesehatan ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemberian makanan tambahan (PMT) ▪ Suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) ▪ Pelayanan antenatal ▪ Suplementasi kalsium 	Dinas Kesehatan
Intervensi spesifik untuk anak 0-23 bulan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promosi dan konseling menyusui ▪ Promosi dan konseling PMBA ▪ Tata laksana gizi buruk ▪ Pemantauan pertumbuhan ▪ Suplementasi vitamin ▪ Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) 	Dinas Kesehatan

Jenis Intervensi	Contoh Kegiatan	Lintas Sektor (OPD) Penanggungjawab Data
Intervensi spesifik untuk anak 24 – 59 bulan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tata laksana gizi buruk ▪ Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan ▪ Suplementasi vitamin ▪ Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) 	Dinas Kesehatan
Gizi Sensitif		
Peningkatan akses pangan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bantuan pangan non tunai untuk keluarga miskin ▪ Program keluarga harapan (PKH) untuk keluarga miskin ▪ Fortifikasi garam beryodium, tepung terigu, minyak goreng ▪ Inovasi produk pangan dengan harga terjangkau ▪ Kawasan rumah pangan lestari (KRPL) 	Dinas sosial Dinas Ketahanan Pangan Dinas Pertanian
Peningkatan Kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kampanye termasuk penyebarluasan informasi melalui berbagai jalur organisasi masyarakat madani, jejaring lintas agama, organisasi profesi dan komunitas ▪ Integrasi modul gizi pada program pengasuhan bersama dan pendidikan anak usia dini (PAUD), Bina keluarga balita (BKB), Kelas parenting dan program pembelajaran formal ▪ Pemberdayaan perempuan dan gender 	<p>Dinas Kesehatan Bidang Promosi Kesehatan OPD yang menyelenggarakan urusan komunikasi dan informasi</p> <p>Dinas Pendidikan OPD yang bertanggungjawab untuk urusan pengendalian kependudukan dan keluarga berencana</p> <p>OPD yang bertanggungjawab untuk urusan pemberdayaan</p>

Jenis Intervensi	Contoh Kegiatan	Lintas Sektor (OPD) Penanggungjawab Data
		perempuan dan perlindungan anak
Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jaminan kesehatan nasional (JKN), program PKH 	BPJS nasional Dinas Sosial
Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Program-program penyediaan air minum dan saniasi, sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) 	Dinas PU Dinas Kesehatan

Langkah-langkah yang perlu dilakukan dalam menurunkan stunting tantangan ke depan adalah a) Mempererat koordinasi dan kerjasama dengan seluruh jajaran pemerintahan maupun masyarakat dalam mengatasi Pandemi, b) Meningkatkan pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat sebagai upaya melibatkan semua komponen pemerintah dan masyarakat dalam pembangunan kesehatan, c) Meningkatkan dukungan pelaksanaan program dan kegiatan Kementerian Kesehatan, mencakup penyediaan sumber daya anggaran, sumber daya manusia, regulasi yang diperlukan, hingga tersedianya sistem informasi yang semakin andal terutama untuk terpencil, perbatasan, dan kepulauan d) Memantapkan pengelolaan sistem aplikasi terintegrasi berbasis jaringan sehingga dapat mendukung pencapaian kinerja Kementerian Kesehatan, e)

Daftar Pustaka

- ACC/SCN & IFPRI (2000) *The World Nutrition Situation*, International Food Policy Research Institute (IFPRI). Geneva. Available at: www.unsystem.org/accscn.
- Achadi Endang Achadi Anhari dkk (2021) *Pencegahan STUNTING Pentingnya Peran 1000 Hari Pertama Kehidupan*. 2nd edn. Edited by dkk Achadi, Endang L, Achadi, Anhari. Depok: PT RAJAGRAFINDO PERKASA. Available at: <http://www.rajagrafindo.co.id>.
- Addo, O. Y. et al. (2013) 'Maternal Height and Child Growth Patterns', *Journal of Pediatrics*, 163(2), pp. 549-554.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.02.002.
- Akombi, B. J. et al. (2017) 'Stunting, wasting and underweight in Sub-Saharan Africa: A systematic review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), pp. 1–18. doi: 10.3390/ijerph14080863.
- Al Mamun, A. and Ibrahim, M. D. (2018) 'Development initiatives, micro-enterprise performance and sustainability', *International Journal of Financial Studies*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 6(3), p. 74.
- Alderman, H. and Headey, D. (2018) 'The Timing of Growth Faltering has Important Implications for Observational Analyses of the Underlying Determinants of Nutrition Outcomes', *PLoS ONE*, 13(4), pp. 1–16. doi: 10.1371/journal.pone.0195904.
- Amin, N. A. and Julia, M. (2014) 'Faktor Sosiodemografi dan Tinggi Badan Orang Tua serta Hubungannya dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 6-23 Bulan', *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*, 2(3), pp. 170–177. doi: 10.21927/ijnd.2014.2(3).170-177.

- Anggraini, Y. and Romadona, N. F. (2020) 'Review of Stunting in Indonesia', 454(Ecep 2019), pp. 281–284. doi: 10.2991/assehr.k.200808.055.
- Ani, Luh Seri., Weta, I Wayan., Utami, Ni Wayan Arya., Suranadi, Wayan., Suwiyoga, Ketut. (2018) Program Pencegahan Anemia Bagi Wanita Masa Prakonsepsi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidemen Kabupaten Karangasem. *Jurnal Medika Udayana*. Volume 17 No 3 hal 145-151. Juli 2018.
- Apriluana, G. & Fikawati, S., (2018). Analisis Faktor-Faktor Risiko terhadap Kejadian Stunting pada Balita (0-59 Bulan) di Negara Berkembang dan Asia Tenggara. *Media Litbangkes*, 28(4), pp. 247-256.
- Arafah, N., Lubis, M. and Fujjati, I. I. (2019) 'The stunting Syndrome in Developing Countries', *GJRA-Global Journal for Research Analysis*, 8(10), pp. 16–18. doi: 10.1179/2046905514Y.0000000158.
- Ariati, L. I. P., (2019). Faktor-Faktor Resiko Penyebab Terjadinya Stunting Pada Balita Usia 23-59 Bulan. *Oksitosin*, VI(1), pp. 28-37.
- Aryastami, N. K. and Tarigan, I. (2017) 'Kajian Kebijakan dan Penanggulangan Masalah Gizi Stunting di Indonesia', *Buletin Penelitian Kesehatan*, 45(4), pp. 233–240. doi: 10.22435/bpk.v45i4.7465.233-240.
- Asian Bank, D. (2020) Prevalensi Stunting Balita Indonesia Tertinggi ke-2 di Asia Tenggara. Available at: <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/11/25/prevalensi-stunting-balita-indonesia-tertinggi-ke-2-di-asia-tenggara>.
- Astuti, S., Megawati, G. and CMS, S. (2020) 'Upaya Promotif untuk Meningkatkan Pengetahuan Ibu Bayi dan Balita tentang Stunting dengan Media Integrating Card', *Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat (Indonesian Journal of Community Engagement)*, 6(1), p. 51. doi: 10.22146/jpkm.42417.
- Atikah Rahayu, Fahrini Yulidasari, A. O. P. (2020) *Study Guide - Stunting dan Upaya Pencegahannya Bagi Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*. 1st edn. Edited by Hadianor. Yogyakarta: CV Mine.
- Atmarita (2014) 'Masalah Anak Pendek Di Indonesia Dan Implikasinya Terhadap Kemajuan Negara', *Gizi Indonesia*, 35(2), pp. 81–96. doi: 10.36457/gizindo.v35i2.125.

- Atmarita, Zahraini, Yuni., Dharmawan, Akim. (2018) “Perilaku Hidup Sehat Cegah Stunting”. Buletin Jendela dan Informasi Kesehatan. ISSN 2088-270X. Jakarta
- Atmarita. (2018) „Asupan Gizi yang Optimal Untuk Mencegah Stunting“ . Buletin Jendela dan Informasi Kesehatan. ISSN 2088-270X. Jakarta halaman 14-24
- Badake, Q. D. et al. (2014) ‘Nutritional Status of Children Under Five Years and Associated Factors in Mbeere South District, Kenya’, *African Crop Science Journal*, 22(Supplement s4), pp. 799–806.
- Bank, W., (2007). *Nutritional Failure in Ecuador: Causes, Consequences, and Solutions*. Ukraine: World Bank.
- BAPPENAS, I. (2018) ‘Indonesian Biodiversity Strategy and Action Plan (IBSAP) 2015-2020’.
- Beal, T. et al., (2018). A review of child stunting determinants in Indonesia. *Wiley Maternal & Child Nutrition*, 14(12617), pp. 1-10.
- Bhandari, T. R. and Chhetri, M. (2013) ‘Nutritional Status of Under Five Year Children and Factors Associated in Kapilvastu District, Nepal.’, *Journal of Nutritional Health & Food Science*, 1(1), pp. 1–6. doi: 10.15226/jnhfs.2013.00106.
- Bimantoro, G. (2020). Pijat Tui Na untuk Meningkatkan Nafsu Makan Anak. *Aplikasi Kesehatan Indonesia*, 2. Jakarta: Pro Sehat. <https://www.prosehat.com/artikel/artikelkesehatan/pijat-tui-na-untuk-meningkatkan-nafsu-makan-anak>
- Black, R. E. et al. (2013) ‘Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-income and Middle-income Countries’, *The Lancet*, 382(9890), pp. 427–451. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60937-X.
- Bloem MW Pee SD Hop LT Khan NC Laillou A Pfanner RM Soekardjo D Soekirman Solon JA Theary C Wasanwisut E et al (2013) Key strategies to further reduce stunting in Southeast Asia: Lessons from the ASEAN countries workshop.
- Bois, C., Servolin, J. and Guillemot, G. (2010) ‘Usage Comparé des courbes de l’Organisation mondiale de la santé et des courbes françaises dans le suivi

- de la croissance pondérale des jeunes nourrissons’, *Archives de Pédiatrie*, 17(7), pp. 1035–1041. doi: 10.1016/j.arcped.2010.03.017.
- Brar, S. et al. (2020) ‘Drivers of Stunting Reduction in Senegal: A Country Case Study’, *American Journal of Clinical Nutrition*, 112, pp. 860S-874S. doi: 10.1093/ajcn/nqaa151.
- Candra, A. (2020) Pencegahan dan Penanggulangan Stunting, *Epidemiologi Stunting*. Available at: https://r.search.yahoo.com/_ylt=Awrwxw_53QaJhPmUA3w_LQwx.;_ylu=Y29sbwNzZzMEcG9zAzQEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1638052344/RO=10/RU=http%3A%2F%2Fprints.undip.ac.id%2F80670%2F1%2FBuku_EPIDEMIOLOGI_STUNTING_KO MPLIT.pdf/RK=2/RS=BFSY8aq0Lx1bha7MtlI8PgWqWYU-.
- Casale, D., Desmond, C. and Richter, L. M. (2020) ‘Catch-up Growth in Height and Cognitive Function: Why Definitions Matter’, *Economics and Human Biology*, 37, p. 100853. doi: 10.1016/j.ehb.2020.100853.
- Dale, N. M. et al. (2009) ‘Comparison of the New World Health Organization Growth Standards and the National Center for Health Statistics Growth Reference Regarding Mortality of Malnourished Children Treated in a 2006 Nutrition Program in Niger’, 163(2), pp. 126–130.
- Danaei, G. et al., (2016). Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels. *PLoS Med*, 13(11), pp. 1-18.
- Daniels, S. R. (2016) ‘The Barker hypothesis revisited’, *Journal of Pediatrics*, 173(March 2018), pp. 1–3. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.031.
- Dao, M. C. et al. (2019) ‘Dietary Assessment Toolkits: An Overview’, *Public Health Nutrition*, 22(3), pp. 404–418. doi: 10.1017/S1368980018002951.
- Dasman, H. (2019) ‘Empat Dampak Stunting Bagi Anak dan Negara Indonesia’, *The Conversation (Disipln Ilmiah, gaya Journalistik)*, pp. 2–4. Available at: http://repo.unand.ac.id/21312/1/Empat_dampak_stunting_bagi_anak_dan_negara_Indonesia.pdf.
- Database Kesehatan Indonesia Bappenas (2019) Prevalensi Stunting dan Sangat Pendek Pada Balita. Available at: <http://data-kesehatan.bappenas.go.id/#!/layouts/layout3.html>.

- De Onis, M. (2006) 'WHO Child Growth Standards Based on Length/Height, Weight and Age', *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 95(SUPPL. 450), pp. 76–85. doi: 10.1080/08035320500495548.
- de Onis, M. and Branca, F. (2016) 'Childhood Stunting: A Global Perspective', *Maternal and Child Nutrition*, 12(Suppl.1), pp. 12–26. doi: 10.1111/mcn.12231.
- de Onis, M. et al. (2004) 'Measurement and Standardization Protocols for Anthropometry used in the Construction of a New International Growth Reference', *Food and Nutrition Bulletin*, 25(1 SUPPL. 1), pp. 27–36. doi: 10.1177/15648265040251s105.
- De Onis, M. et al. (2006) 'Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO International Growth Reference: Implications for Child Health Programmes', *Public Health Nutrition*, 9(7), pp. 942–947. doi: 10.1017/PHN20062005.
- de Onis, M. et al. (2012) 'Worldwide Implementation of the WHO Child Growth Standards.', *Public health nutrition*, 15(9), pp. 1603–1610. doi: 10.1017/S136898001200105X.
- De Onis, M. et al. (2013) 'The world health organization's global target for reducing childhood stunting by 2025: Rationale and proposed actions', *Maternal and Child Nutrition*, 9(S2), pp. 6–26. doi: 10.1111/mcn.12075.
- Dewey, K. G. (2016) 'Reducing stunting by improving maternal, infant and young child nutrition in regions such as South Asia: Evidence, challenges and opportunities', *Maternal and Child Nutrition*, 12, pp. 27–38. doi: 10.1111/mcn.12282.
- Dewey, K. G. and Begum, K. (2011) 'Long-term consequences of stunting in early life', *Maternal and Child Nutrition*, 7(SUPPL. 3), pp. 5–18. doi: 10.1111/j.1740-8709.2011.00349.x.
- Djamil, A. (2020) 'Strategies Against Stunting', pp. 119–124. doi: 10.30994/sich2.v2i1.59.
- Effendy, N. (1998). *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat* (2nd ed.). EGC.

- Ekayanthi, Ni Wayan Dian., Suryani, Pudji. (2019) "Edukasi Gizi pada Ibu Hamil Mencegah Stunting Pada Kelas Ibu Hamil". *Jurnal Kesehatan* Vol 10 No 3 November 2019. Halaman 312-319
- Ettyang, G. & Sawe, C., (2016). *Factors Associated with Stunting in Children under Age 2 in the Cambodia and Kenya 2014 Demographic and Health Surveys*. Rockville: ICF International.
- Fadyllah, M. I. and Prasetyo, Y. B. (2021) 'Pendidikan Kesehatan Menggunakan Metode Audio visual dalam Meningkatkan Pengetahuan Ibu Merawat Anak dengan Stunting', *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 16(1), pp. 23–30. doi: 10.14710/jpki.16.1.23-30.
- Fernald, L. C. and Neufeld, L. M. (2007) 'Overweight with Concurrent Stunting in Very Young Children from Rural Mexico: Prevalence and Associated Factors', *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(5), pp. 623–632. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602558.
- Ferreira, H. D. S. et al. (2020) 'Stunting and Overweight among Children in Northeast Brazil: Prevalence, Trends (1992-2005-2015) and Associated Risk Factors from Repeated Cross-Sectional Surveys', *BMC Public Health*, 20(1), pp. 1–15. doi: 10.1186/s12889-020-08869-1.
- Fikadu, T., Assegid, S. and Dube, L. (2014) 'Factors Associated with Stunting among Children of Age 24 to 59 Months in Meskan District, Gurage Zone, South Ethiopia: A Case-Control Study', *BMC Public Health*, 14(1), pp. 1–7. doi: 10.1186/1471-2458-14-800.
- Fikawati S & G Apriluana (2018) 'Analisis Faktor-Faktor Risiko terhadap Kejadian Stunting pada Balita (0-59 Bulan) di Negara Berkembang dan Asia Tenggara', 28. doi: <https://doi.org/10.22435/mpk.v28i4.472>.
- Frenn, B. et al., (2012). An evaluation of an operations research project to reduce childhood stunting in a food-insecure area in Ethiopia. *Public Health Nutrition*, 15(9), pp. 1746-1754.
- Galasso, E. and Wagstaff, A. (2019) 'The Aggregate Income Losses from Childhood Stunting and the Returns to a Nutrition Intervention Aimed at Reducing Stunting', *Economics and Human Biology*, 34, pp. 225–238. doi: 10.1016/j.ehb.2019.01.010.
- Galgamuwa, L. S. et al. (2017) 'Nutritional Status and Correlated Socio-Economic Factors among Preschool and School Children in Plantation

- Communities, Sri Lanka', *BMC Public Health*, 17(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12889-017-4311-y.
- Giriwono, P. E. and Indrayana, S. (2015) 'Gerakan Scaling-up Nutrition (SUN): Meningkatkan Kerjasama Kemitraan Multi Stakeholder dalam Mengatasi Tantangan Kekurangan Zat Gizi di Indonesia', *Jurnal Mutu Pangan*, 2(1), pp. 74–79.
- Global Nutrition Report (2018) 'Global Nutrition Report- Shining a light to spur action on nutrition', *Global Nutrition Report*, (June), p. 118. Available at: http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=472&Itemid=472.
- Grantham-McGregor, S. et al. (2007) 'Developmental Potential in the First 5 years for Children in Developing Countries', *Lancet*, 369(9555), pp. 60–70. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60032-4.
- Grillo, L. P. et al. (2005) 'Lower resting metabolic rate and higher velocity of weight gain in a prospective study of stunted vs nonstunted girls living in the shantytowns of São Paulo, Brazil', *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(7), pp. 835–842. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602150.
- Growth Status Of Children Under Five Years Of Age With KMS T Status (Low Weight Gain). *Journal of Public Health in Africa*, 10, 31–34. <https://doi.org/10.4081/jphia.2019>
- Growth Status Of Children Under Five Years Of Age With KMS T Status (Low Weight Gain). *Journal of Public Health in Africa*, 10, 31–34. <https://doi.org/10.4081/jphia.2019>
- Gunawan, R. (2016). Pijat Tui Na Anak Tingkatkan Nafsu makan dan Penyerapan Gizi Anak (Video Tutorial). *Praktisi Kesehatan Holistik*. <https://www.youtube.com/watch?v=FxJ0ZD19mck>
- Harjatmo, T. P., Par'i, H. M. and Wiyono, S. (2017) *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Hoddinott, J. F., Rosegrant, M. W. and Torero, M. (2013) 'Investments to reduce hunger and undernutrition'. Lowell, MA, USA.
- Hudoyo, Kuwat Sri. (2018) "Bersama Cegah Stunting". *Warta Kesmas*. Kementria Kesehatan Republik Indonesia Edisi 02 halaman 5. Jakarta

- Huriah, T. and Nurjannah, N. (2020) 'Risk factors of stunting in developing countries: A scoping review', *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 8(F), pp. 155–160. doi: 10.3889/oamjms.2020.4466.
- Ifroh, R. H. et al. (2021) 'Kombinasi Metode Permainan dan Demonstrasi dalam Meningkatkan Pengetahuan Ibu tentang Stunting The Combination of Game and Demonstration to Increasing Mother ' s Knowledge of Stunting', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 13.
- Ikhsan, M. N. (2019). *Dasar Ilmu Akupresur dan Moksibusi (E-Book)*. Jakarta: Bimaristan Press.
- Illahi, R. K. (2017) 'Hubungan Pendapatan Keluarga, Berat Lahir, dan Panjang Lahir dengan Kejadian Stunting Balita 24-59 Bulan di Bangkalan', *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 3(1), p. 1. doi: 10.29241/jmk.v3i1.85.
- Indonesia, R. and Sekretariat Negara (2021) 'Program Stunting'. DKI Jakarta.
- Isanaka, S. et al. (2009) 'Assessing the Impact of the Introduction of the World Health Organization Growth Standards and Weight-for-Height z-score Criterion on the Response to Treatment of Severe Acute Malnutrition in Children: Secondary Data analysis', *Pediatrics*, 123(1). doi: 10.1542/peds.2008-1375.
- J A, A., Ajayi-Vincent, O. B. and Alebiosu, E. O. (2013) 'Differences in the Nutritional Status of Young School Children From Public and Private Owned Primary Schools in Ekiti State, Nigeria', *European Scientific Journal* March, 9(7), pp. 1857–7881. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/236411688.pdf>.
- Jiang, Y. et al., (2014). Prevalence and Risk Factors for Stunting and Severe Stunting among Children under Three Years Old in Mid-western Rural Areas of China. *Child Care Health and Development*, 40(1).
- Kartasapoetra, G. and Marsetyo, H. (2005) *Ilmu Gizi : Korelasi Gizi, Kesehatan dan Produktivitas Kerja*. 5th edn. Jakarta: Rineka Cipta.
- Katnelson, A. (2015) 'Shaping The Developing Brain: Spotlight on Nutrition and Brain Development'. New York: Aspen Brain Forum Foundation.
- Keino, S. et al. (2014) 'Determinants of Stunting and Overweight Among Young Children and Adolescents in sub-Saharan Africa', *Food and*

- Nutrition Bulletin, 35(2), pp. 167–178. doi: 10.1177/156482651403500203.
- Kemenkes RI (2016) ‘Situasi Balita Pendek’, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, ISSN 2442-(Hari anak Balita 8 April), pp. 1–10.
- Kemenkes RI (2018) ‘Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018’, Kementrian Kesehatan RI, 53(9), pp. 1689–1699.
- Kemenkes RI (2020) ‘Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak’, in. Jakarta. Available at:
http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No__2_Th_2020_ttg_Standar_Antropometri_Anak.pdf.
- Kemenkes RI. (2018). Naskah Akademik Pedoman Gizi Seimbang. Jakarta: Direktorat Bina Gizi.
- Kemenkes, L. (2018) ‘Riset Kesehatan Dasar’. DKI Jakarta: Litbangkes Kemenkes.
- Kemenkes, R. (2011). Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. Kementrian Kesehatan RI.
- Kemenkes, R. (2018). Cegah Stunting Itu Penting. Kementrian Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan RI (2018a) ‘Cegah Stunting, itu Penting.’, Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI, pp. 1–27. Available at: <https://www.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/buletin/Buletin-Stunting-2018.pdf>.
- Kementrian Kesehatan RI (2018b) Laporan Nasional Riskesdas. Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI (2021) Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan. Jakarta.
- Kementrian PPN/ Bappenas (2018) ‘Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota’, Rencana Aksi Nasional dalam Rangka Penurunan Stunting: Rembuk Stunting, (November), pp. 1–51. Available at: <https://www.bappenas.go.id>.
- Kementrian PPN/ Bappenas (2018) ‘Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting’, Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting, (November), p. 96.

- Kementerian Sekretariat Negara Republik Indonesia (2020) 'Peta Jalan Percepatan Pencegahan Stunting Indonesia 2018-2024', pp. 1–24.
- Kementrian Kesehatan. (2014). "Peraturan Menteri Kesehatan RI No 4 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang. Jakarta. Kementrian Kesehatan.
- Kerac, M. et al. (2011) 'Prevalence of Wasting Among Under 6-month-old Infants in Developing Countries and Implications of New Case Definitions Using WHO Growth Standards: A secondary Data Analysis', *Archives of Disease in Childhood*, 96(11), pp. 1008–1013. doi: 10.1136/adc.2010.191882.
- Khairani, Mursyita, A., & Darmawan, S. (2020). *Situasi Stunting di Indonesia*. Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.
- Kiik, S. M. and Nuwa, S. M. (2020) *Stunting dengan Pendekatan Framework WHO*. Edited by R. Fahik. Yogyakarta: CV. Gerbang Media Aksara.
- Kolopaking, R., Netti, H., Indriya, L.P. (2019) "Memahami Tumbuh Kembang Anak Usia Dini (0-6 Tahun) Seri Modul Anakku Sehat dan Cerdas," Jakarta: SEAMEO RECFON, Kemendikbud RI.
- Laili, N. (2020). *Terapi Alternatif Komplementer Herbal pada Pasien Hipertensi dalam Perspektif Keperawatan* Yogyakarta: Deepublish
- Lancet (2013) *Executive Summary of the Lancet Maternal and Child Nutrition Series*, The Lancet.
- Leroy, J. L. and Frongillo, E. A. (2019) 'Perspective: What Does Stunting Really Mean? A Critical Review of the Evidence', *Advances in Nutrition*, 10(2), pp. 196–204. doi: 10.1093/advances/nmy101.
- Lestari, W. et al. (2018) 'Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting Pada Anak Sekolah Dasar Negeri 014610 Sei Renggas Kecamatan Kisaran Barat Kabupaten Asahan', *Jurnal Dunia Gizi*, 1(1), p. 59. doi: 10.33085/jdg.v1i1.2926.
- Levinson, F. J., Balarajan, Y. and Marini, A. (2013) 'Addressing malnutrition multisectorally: what have we learned from recent international experience', New York: UNICEF and MDG Achievement Fund.
- Lobo, W. I., Talahatu, A. H. and Riwu, R. R. (2019) 'Faktor Penentu Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Alak Kota

- Kupang', *Media Kesehatan Masyarakat*, 1(2), pp. 59–67. doi: 10.35508/mkm.v1i2.1953.
- Lok, J. C., (2020). *The Difference Between Developed and Developing Countries*. 1 ed. s.l.:Unknown.
- Lowy, C. (1994) 'Regulation of Intrauterine Growth: The Role of Maternal Health', *Horm Res*, 42(203), p. 206.
- Maalouf-Manasseh, Z., Metallinos-Katsaras, E. and Dewey, K. G. (2011) 'Obesity in Preschool Children is more Prevalent and Identified at a Younger Age when WHO Growth Charts are used Compared with CDC Charts', *Journal of Nutrition*, 141(6), pp. 1154–1158. doi: 10.3945/jn.111.138701.
- Manggala, A. K. et al. (2018) 'Risk Factors of Stunting in Children Aged 24-59 Months', *Paediatrica Indonesiana*, 58(5), pp. 205–212.
- Maria, D., & Setiawan, A. (2016). MODIFIKASI TINDAKAN: PIJAT TUINA DAN COACHING PADA KELUARGA MENURUNKAN STATUS RESIKO GIZI KURANG ANAK USIA SEKOLAH. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 3(2), 62-65.
- Martins, P. A. et al. (2004) 'Stunted Children Gain Less Lean Body Mass and More Fat Mass than Their Non-Stunted Counterparts: A Prospective Study', *British Journal of Nutrition*, 92(5), pp. 819–825. doi: 10.1079/bjn20041274.
- Mason, J. et al., (2012). Opportunities for improving maternal nutrition and birth outcomes: synthesis of country experiences. *Food Nutr Bull*, 33(2), pp. 104-137.
- Matrins, V. J. B. et al. (2011) 'Long-Lasting Effects of Undernutrition', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(6), pp. 1817–1846. doi: 10.3390/ijerph8061817.
- McGovern, M. E. (2013) 'Still Unequal at Birth: Birth Weight, Socio-Economic Status and Outcomes at Age 9', *The Economic and Social Review*, 44(1), pp. 53–84.
- 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(1), pp. 50–72. doi: 10.1017/S0954422416000238.
- Minh Do, L., Lissner, L. and Ascher, H. (2018) 'Overweight, Stunting, and Concurrent Overweight and Stunting Observed Over 3 years in Vietnamese Children', *Global Health Action*, 11(1), pp. 1–6. doi: 10.1080/16549716.2018.1517932.
- Modul, T. I. M. P., Jonie, M. and Pusdiklat, K. (no date) 'Modul Pencegahan Dan Penanganan Stunting Bagi SDM Kesos | 0'.
- Moeloe, Nila Djuwita F. (2018). "Cegah Stunting Sejak Dini". *Warta Kesmas*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Edisi 02 halaman 14. Jakarta
- Mulyaningsih, T. et al. (2021) 'Beyond Personal Factors: Multilevel Determinants of Childhood Stunting in Indonesia', *PLoS ONE*, 16(11 November), pp. 1–19. doi: 10.1371/journal.pone.0260265.
- Munjidah, A., & Anggraini, F. D. (2019). The Effects Of Tui Na Massage On The 'Strategy for Stunting Reduction & Prevention': (no date).
- Murphy, V. E. et al. (2006) 'Endocrine Regulation of Human Fetal Growth: The Role of the Mother, Placenta, and Fetus', *Endocrine Reviews*, 27(2), pp. 141–169. doi: 10.1210/er.2005-0011.
- Nguyen, H. et al., (2013). Factors associated with physical growth of children during the first two years of life in rural and urban areas of Vietnam. *BMC Pediatrics*, 13(1), p. 149.
- Nivia, Ririn. (2018). "Remaja Indonesia Harus Menjadi Generasi Tinggi, Cerdas, dan Berprestasi". Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Edisi 02 halaman 28-29. Jakarta
- Novianti, R., Purnaweni, H., & Subowo, A. (2021). Peran Posyandu Untuk Menangani Stunting Di Desa Mendini Kecamatan Undaan Kabupaten Kubus. *Journal of Public Policy and Management Review*, 10(3), 378–387.
- Oot, L. et al. (2016) 'Effect of Chronic Malnutrition (Stunting) on Learning Ability , a Measure of Human Capital: A Model in PROFILES for Country-Level Advocacy', *Technical Brief, Food and Nutrition Technical Assistance III Project*, (February), pp. 1–8.

- PERMENKES (2020) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak. Jakarta. Available at: <http://www.akrabjuara.com/index.php/akrabjuara/article/view/919>.
- PPSDM Kemenkes RI (2017) 'Penilaian Status Gizi Bahan Ajar Gizi', in. Jakarta: PPSDM Kemenkes RI, p. 315.
- Presiden RI (2011) UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 12 TAHUN 2011 TENTANG PEMBENTUKAN PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN. Indonesia.
- Pritasari, Kirana. (2018). "1000 HPK Kunci Penanggulangan Stunting". Warta Kesmas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Edisi 02 halaman 15. Jakarta
- Purwandari, A. (2010). Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Konteks Kebidanan. EGC.
- Pusat Data dan Informasi (2018) Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia. Jakarta.
- Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI (2020) Situasi Stunting di Indonesia. Jakarta. Available at: https://pusdatin.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/buletin/buletin-Situasi-Stunting-di-Indonesia_opt.pdf.
- Rachmi, C., Agho, K., Li, M. & Baur, L., (2016). Stunting, Underweight and Overweight in Children Aged 2.0-4.9 Years in Indonesia: Prevalence Trends and Associated Risk Factors. PLoS One, 11(5), pp. 1-17.
- Rahayu, A. et al. (2018) Study Guide - Stunting Dan Upaya Pencegahannya Study Guide - Stunting Dan Upaya.
- Rahayu, Atika., Yulidasari, Fahrini., Putri, Andini Octaviana., Anggraini. (2018). "Study Guide-Stunting dan Upaya Pencegahannya Bagi Mahasiswa Kesehatan Masyarakat. Mine. Yogyakarta
- Rahmadhita, K. (2020) 'Permasalahan Stunting dan Pencegahannya', Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada, 11(1), pp. 225-229. doi: 10.35816/jiskh.v11i1.253.
- Rajoo, Y. et al., (2017). Neglected Intestinal Parasites, Malnutrition and Associated Key Factors: A Population Based Cross-Sectional Study

- among Indigenous Communities in Sarawak, Malaysia. *PLoS One*, 12(1), pp. 1-17.
- Rakotomanana, H. et al. (2017) ‘Determinants of stunting in children under 5 years in Madagascar’, *Maternal and Child Nutrition*, 13(4). doi: 10.1111/mcn.12409.
- Renyoet, B. S., Martianto, D. and Sukandar, D. (2016) ‘Potensi Kerugian Ekonomi karena Stunting pada Balita di Indonesia Tahun 2013’, *Jurnal Gizi dan Pangan*, 11(3), pp. 247–254. doi: 10.25182/jgp.2016.11.3.
- Republic of Indonesia (2018) ‘National Strategy to Accelerate Stunting Reduction 2018-2024’.
- RI, K. K. (2020) ‘PEDOMAN PELAYANAN GIZI Pada Masa Tanggap Darurat Covid-19’. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- RISKESDAS (2013) ‘Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2013’, Laporan Nasional 2013, pp. 1–384. doi: 1 Desember 2013.
- RISKESDAS (2018a) ‘Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar’, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pp. 1–100. doi: 1 Desember 2013.
- RISKESDAS (2018b) ‘Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018’.
- Rocha, C., Constante Jaime, P. and Ferreira Rea, M. (2016) ‘Global Nutrition Report From PROMISE To IMPACT Ending Malnutrition By 2030’, in *Global Nutrition Report - From promise to impact: ending malnutrition by 2030*, pp. 11–14. Available at: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_2_Th_2020_ttg_Standar_Antropometri_Anak.pdf.
- Rokhmah D Ningtyias dkk (2021) *STUNTING Pencegahan dan Penanganan di Bidang Kesehatan Masyarakat*. Malang: PT.Cita Intrans Selaras.
- Saha, K. K. et al. (2009) ‘Use of the New World Health Organization Child Growth Standards to Describe Longitudinal Growth of Breastfed Rural Bangladeshi Infants and Young Children.’, *Food and nutrition bulletin*, 30(2), pp. 137–144. doi: 10.1177/156482650903000205.
- Sari, E.N., Siti, K. (2020) “Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Balita,” Jakarta: In Media
- Sari, M. et al. (2010) ‘Higher Household Expenditure on Animal-Source and Nongrain Foods Lowers the Risk of Stunting among Children 0-59

- Months old in Indonesia: Implications of Rising Food Prices', *Journal of Nutrition*, 140(1), pp. 195–200. doi: 10.3945/jn.109.110858.
- Sekretariat Kabinet RI (2013) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 Tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi. Indonesia.
- Sekretariat Wakil Presiden (2019) Strategi Nasional Percepatan Pencehaan Anak Kerdil (Stunting) Peiode 2018 - 2024. I. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia.
- Sekretariat, K., Ri, N. and Presiden, S. W. (2020) 'NATIONAL STRATEGY TO ACCELERATE STUNTING PREVENTION 2018-2024 Secretariat of The Vice President of Republic Indonesia The Vice President of Indonesia introduced the Five Pillars of Stunting Reduction in August 2017', (August).
- Semba, R. D. et al. (2008) 'Effect of Parental Formal Education on Risk of Child Stunting in Indonesia and Bangladesh: A Cross-Sectional Study', *The Lancet*, 371(9609), pp. 322–328. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60169-5.
- Semba, R. et al., (2011). Consumption of micronutrient-fortified milk and noodles is associated with lower risk of stunting in preschool-aged children in Indonesia. *Food Nutr Bull*, 32(4), pp. 347-353.
- Shekar, M. et al. (2016) *An Investment Framework for Nutrition : Reaching the Global Targets for Stunting, Anemia, Breastfeeding, and Wasting*, World Bank Publications. Washington. doi: 10.1596/25292.
- Sinha, B. et al. (2017) 'Low-birthweight Infants Born to Short-stature Mothers are at Additional Risk of Stunting and Poor Growth Velocity: Evidence from secondary data analyses', *Maternal and Child Nutrition*, pp. 1–9. doi: 10.1111/mcn.12504.
- Sinha, T. (2019) 'Risk Assessment and Management', *The Global Environment: Science, Technology and Management*, (Juni), pp. 1–9. doi: 10.1002/9783527619658.ch77.
- Siswati, T. (2018) *Stunting. Pertama*. Edited by P. H. Kusnanto and D. T. Sudargo. Yogyakarta.
- Soliman, A. T. et al. (2014) 'Advances in Pubertal Growth and Factors Influencing it: Can We Increase Pubertal Growth?', *Indian Journal of*

- Endocrinology and Metabolism, 18, pp. S53–S62. doi: 10.4103/2230-8210.145075.
- Subramanian, V. et al. (2009) ‘Association of Maternal Height With Child Mortality, Anthropometric Failure, and Anemia in India’, *JAMA*, 301(16), pp. 1691–1701. doi: 10.1001/jama.2009.548.Association.
- Supriasa, I. D. N., Bachyar, B. and Ibnu, F. (2016) *Penilaian Status Gizi*. 2nd edn. Jakarta: EGC.
- Surani, E. and Susilowati, E. (2020) ‘The Relationship Between Fulfilment of Basic Needs with the Incidence of Stunting In Toddlers’, *Jurnal Ners*, 15(1), p. 26. doi: 10.20473/jn.v15i1.17286.
- Targets, G. N. (no date) REDUCING STUNTING.
- TNP2K (2017) ‘100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)’, in. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia. Available at: www.tnp2k.go.id.
- TNP2K (2020) Overcoming the Problem of Stunting during the Covid-19 Pandemic. Jakarta. Available at: <http://www.tnp2k.go.id/articles/overcoming-the-problem-of-stunting-during-the-covid19-pandemic>.
- Torlesse, H., Cronin, A. A., Sebayang, S. K. & Nandy, R., (2016). Determinants of stunting in Indonesian children: evidence from a cross-sectional survey indicate a prominent role for the water, sanitation and hygiene sector in stunting reduction. *BMC Public Health*, 16(1), pp. 1-11.
- Trihono et al. (2015) *Pendek (Stunting), di Indonesia, Masalah dan Solusinya*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- UNICEF, (2016). *Joint Child Malnutrition Estimates- 2016 Edition*, New York: United Nations Children's Fund.
- UNICEF, I. (2017) ‘Children in Indonesia’, in Unicef.org/Indonesia, p. 1. Available at: unicef.org/indonesia/children-in-indonesia.
- UNICEF, WHO & World Bank Group, (2017). *Levels and trends in child malnutrition. UNICEF/WHO/World Bank Group joint child malnutrition estimates. Key findings of the 2017 edition*, Geneva: UNICEF; WHO; World Bank Group.

- UNICEF, WHO, W. B. G. (2021) 'Joint Child Malnutrition Estimates', Who, 24(2), pp.5178. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025257>.
- Utomo, Bagus Satrio. (2018) "Bersama Cegah Stunting". *Warta Kesmas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Edisi 02* halaman 6-9. Jakarta
- Van Dijk, C. E. and Innis, S. M. (2009) 'Growth-Curve Standards and the Assessment of Early Excess Weight Gain in Infancy', *Pediatrics*, 123(1), pp. 102–108. doi: 10.1542/peds.2007-3382.
- Wahyuni, C. (2018) "Panduan Lengkap Tumbuh Kembang Anak Umur 0-5 Tahun," Jawa Timur: Strada Press
- Warsito, Tri Danu. (2018). "Inovasi Penanggulangan Stunting di Kabupaten Halmahera Selatan" *Warta Kesmas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Edisi 02* halaman 23-26. Jakarta
- WHO (2009) WHO Child Growth Standards Growth velocity based on weight, length and head circumference. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (2011) 'THE GLOBAL PREVALENCE OF ANAEMIA IN 2011', in. Geneva: WHO Press.
- WHO, (2018). Reducing stunting in children: equity considerations for achieving the Global Nutrition, Geneva: World Health Organization.
- WHO, D. of N. and M. of the W. M. G. R. S. G. (2006) 'WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age.' Available at: https://www.who.int/childgrowth/standards/MGRS_study_group.pdf.
- WHO(2015)'Stunting in a nutshell'. Available at: <https://www.who.int/news/item/19-11-2015-stunting-in-a-nutshell>.
- Widjaja, B. S. (2013). *Kurapuntur Menyembuhkan Penyakit dengan Akupuntur Perut (E-Book)*. Jakarta: Kawan Pustaka
- Wijayanti, T., & Sulistiani, A. (2019). Efektifitas Pijat Tui Na Terhadap Kenaikan Berat Badan Balita Usia 1 – 2 Tahun. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 10(9), 60–65. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Wong. (2015). *Panduan Lengkap Pijat*. Jakarta: Penebar plus.

World Food Program USA (2021) The 6 Things You Need to Know About Childhood Hunger This Back-to-School Season.

World Health Organization (WHO) (2006) WHO Child Growth Standards Length/Height for Age, Weight for Age, Weight for Length, Weight for Height and Body Mass Index for Age, World Health Organization. Geneva, Switzerland. doi: 10.1111/j.1469-8749.2009.03503.x.

World Health Organization (WHO) (2007) WHO child growth standards Head circumference-for-age, arm circumference-for-age, triceps skinfold-for-age and subscapular skinfold-for-age. Geneva, Switzerland: World Health Organization. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60131-2.

World Health Organization (WHO) (2008) Training Course on Child Growth Assessment : WHO Child Growth Standards, World Health Organization. Geneva, Switerland: World Health Organization.

Biodata Penulis



Ns. Ni Putu Wiwik Oktaviani, S.Kep., M.Kep Lahir di Denpasar Bali pada tanggal 1 Oktober 1986 dari pasangan I Wayan Wirta dan Ni Wayan Widiyanti. Mulai tahun 2011 sebagai pendidik di STIKES Wira Medika Bali. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi di Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta pada tahun 2011, menyelesaikan Magister Keperawatan di Universitas Indonesia pada tahun 2015. Berperan aktif dalam meningkatkan kesehatan melalui peran serta masyarakat dan aktif dalam kegiatan sosial dan

menggemari bidang pemberdayaan masyarakat.



Sanya Anda Lusiana, lahir di Medan pada tanggal 10 Agustus 1985, menyelesaikan Sarjana pada Program Studi Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian Institut Pertanian Bogor Tahun 2008. Tahun 2016 Penulis berhasil menyelesaikan Magister Sains dari Program Studi Ilmu Gizi Masyarakat, Sekolah Pascasarjana Institut Pertanian Bogor. Saat ini penulis merupakan staff pengajar pada Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jayapura. Penulis aktif mempublikasi karya ilmiahnya di Jurnal Nasional dan Internasional yang berkaitan dengan bidang gizi dan

pangan. Penulis juga telah beberapa kali mengeluarkan buku bersama dengan penulis lainnya di penerbit Yayasan Kita Menulis. Selain itu, penulis sebagai chief in editor pada Jurnal Gema Kesehatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jayapura dan sebagai reviewer di salah satu jurnal Nasional.



Taruli Rohana Sinaga lahir di Kampung Baru, pada tanggal 16 Oktober 1971. Penulis menyelesaikan studi S1 pada Program Studi Gizi Masyarakat dan Sumber Daya Keluarga di Institut Pertanian Bogor. Selanjutnya penulis menyelesaikan studi S2 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UI pada tahun 2009. Sejak tahun 2000 sampai sekarang penulis memulai karir sebagai dosen di Universitas Sari Mutiara Indonesia Medan. Saat ini penulis sedang proses menyelesaikan studi S3 di Lincoln University College Kuala Lumpur Malaysia. Di samping mengajar penulis juga aktif di Asosiasi Instituti Pendidikan Tinggi Kesehatan Masyarakat dan Asosiasi Profesi Kesehatan Masyarakat IAKMI Provinsi Sumatera Utara sebagai Wakil Ketua IV dari tahun 2017 sampai tahun 2020. Mendapat penghargaan sebagai reviewer dan panel expert dari Komite Nasional UKSKMI berturut-turut tahun 2017, 2018 dan 2019. Pernah membawa oral presentasi tingkat nasional pada Forum Ilmiah Tahunan IAKMI tahun 2017, 2018 dan 2019 dan tingkat internasional di Thailand pada tahun 2017, 2018 dan 2019. Juga sebagai narasumber tingkat nasional dan internasional tahun 2017, 2018, 2019, 2020 dan 2021. Sebagai guest lecturer di Thailand dan Laos pada tahun 2018, 2020 dan 2021.



Terlahir di Kota Semarang, pada 7 Maret 1981, Rohani Retnauli Simanjuntak menyelesaikan Pendidikan Pasca Sarjana Program Studi Magister Ilmu Gizi di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2015. Sebagai seorang tenaga pendidik di Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan, wanita yang akrab dengan panggilan Uli ini aktif melaksanakan tridarma perguruan tinggi seperti mengajar, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat

Berbekal pengetahuan sesuai dengan latar belakang pendidikannya serta pengalaman menulis bahan ajar untuk kalangan sendiri, menulis laporan hasil penelitian, kegiatan pengabdian kepada masyarakat, menulis Bab Status Gizi dalam buku Tumbuh Kembang Anak, menulis Bab Penyusunan Menu

Berdasarkan Standar Porsi dalam Buku Gizi Reproduksi, menulis Bab Konseling dalam buku Komunikasi Informasi Edukasi dalam Kesehatan, Uli mencoba menulis Bab Dampak Stunting dalam Buku Siaga Stunting. Kiranya bermanfaat dan bila ada hal-hal yang perlu diklarifikasi bisa menghubungi Uli di email : retnauli@gmail.com atau IG [@uli_juntax](https://www.instagram.com/uli_juntax)



Stephanie Lexy Louis, SST., M.Biomed saat ini merupakan salah satu dosen pengajar di Program Studi D3 Kebidanan Universitas Katolik Musi Charitas (UKMC) Palembang. Penulis lahir di kota Palembang, 29 Januari 1989. Penulis tercatat telah menempuh pendidikan D3 Kebidanan di STIKes Perdhaki Charitas Palembang lulusan tahun 2009, kemudian melanjutkan studi Diploma IV Pendidikan Kebidanan di Universitas Respati Yogyakarta lulusan tahun 2012 dan menyelesaikan S2 jurusan Sains

Reproduksi, di Program Studi Ilmu Biomedik, Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Palembang lulusan tahun 2018.

Beberapa mata kuliah yang diampuh selama mengajar antara lain Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL, Kesehatan Reproduksi dan KB, Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita, Ilmu Gizi dalam Kesehatan Reproduksi, Anatomi dan Fisiologi, serta aktif dalam beberapa kegiatan publikasi ilmiah baik penelitian maupun pengabdian kepada masyarakat sesuai bidang ilmu. Buku ajar yang pernah ditulis antara lain buku kesehatan reproduksi masyarakat tahun 2020 dan ilmu kebidanan (teori, aplikasi dan isu) tahun 2021.



Rininta Andriani lahir di Kota Baubau Provinsi Sulawesi Tenggara, pada 29 Agustus 1982. Pendidikan Strata Satu (Sarjana) di Jurusan Ilmu Komunikasi Universitas Hasanuddin Makassar (2001-2005), lalu melanjutkan Strata Dua (Magister) di Jurusan Promosi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat di kampus yang sama yaitu Universitas Hasanuddin Makassar (2006-2008), selanjutnya melanjutkan Program Doktorat strata tiga Jurusan

Promosi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin Makassar (2014-2017). Keseharian Penulis sebagai Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Departemen Promosi Kesehatan di Universitas Dayanu Ikhsanuddin Baubau. Selain mengajar, juga aktif melakukan penelitian dan kegiatan pengabdian pada masyarakat, pembimbingan program kreatifitas mahasiswa dan juga menjadi reviewer aktif pada beberapa jurnal nasional.



Noviyati Rahardjo Putri lahir di Purwodadi, 23 November 1989. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2010, Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2011. Kemudian mengabdikan diri sebagai bidan pelaksana ruang bersalin di RSUD dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi tahun 2011 – 2017. Menyelesaikan pendidikan di Magister Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2020. Sekarang mengabdikan diri sebagai pengajar di Prodi Sarjana Terapan Kebidanan, Universitas Sebelas Maret Surakarta.



Ayu Nina Mirania, SST., M.Bmd, lahir di Palembang, pada 5 Februari 1991. Anak Pertama dari dua bersaudara. Ia menempuh pendidikan D3 Kebidanan di STIK Bina Husada Palembang pada tahun 2011 dan tercatat sebagai lulusan D4 Bidan Pendidik di STIKES Mitra Adiguna Palembang Tahun 2014 selanjutnya diterima di Pasca Sarjana Jurusan Ilmu Biomedik Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Palembang dan lulus di Tahun 2016.

Penulis pernah bekerja di Klinik Bersalin dari Tahun 2014-2017 dan saat ini bekerja sebagai Dosen DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Musi Charitas sejak tahun 2017. Penulis merupakan salah satu pengajar Mata Kuliah Gizi dalam Kebidanan penulis juga

aktif dalam Tridarma Perguruan Tinggi lainnya yaitu penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.



Laela Nur Rokhmah lahir di Temanggung, pada 3 Juni 1986. Ia tercatat sebagai lulusan strata 1 (S-1) Teknologi Hasil Pertanian UNS dan lulusan pasca sarjana prodi Ilmu dan Teknologi Pangan UGM. Wanita yang kerap disapa Laela ini adalah anak sulung dari 3 bersaudara pasangan Much Sayuti (ayah) dan Urip Marokhanah (ibu). Laela mengajar sebagai Dosen di Politeknik Santo Paulus Surakarta Prodi Teknologi Rekayasa Pangan. Fokus pada Kopi, Rekayasa Pangan, Pangan Gizi. Tulisannya antara lain Buku Kopi Indonesia dan beberapa artikel sudah diterbitkan di beberapa Jurnal.



Ira Kusumawati lahir di Tembilahan, pada 7 Juli 1981. Ia Tercatat sebagai lulusan Universitas Riau dan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Ira Kusumawati adalah anak ke dua dari empat bersaudara dari pasangan Iyar (Ayah) dan Rosinah (Ibu). Pernah bekerja di beberapa rumah sakit di Riau dan Saudi Arabia. Saat ini bekerja di Akademi Keperawatan Andalusia, mengampu Keperawatan Anak dan mejadi kepala Lembaga Penjamin Mutu Internal.



Inti Mulyo Arti lahir di Nganjuk pada 6 Maret 1991. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Brawijaya (S1) dan Universitas Gadjah Mada (S2). Wanita yang kerap disapa Arti ini adalah anak dari pasangan Mulyono (ayah) dan Samiati (ibu). Pada tahun 2015, Arti menikah dan kini telah dikaruniai 3 orang anak. Ilmu dan pengalaman selama belajar di sekolah hingga kampus dan sebagai ibu pembelajar di keluarganya membuat Arti sangat tertarik pada dunia pangan dan kesehatan. Arti menyukai bidang ilmu penelitian tentang pangan fungsional, manfaat pangan dalam kesehatan dan umur simpan produk. Pada tahun 2016 hingga saat ini, Inti Mulyo Arti aktif mengajar di Universitas Gunadarma.



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb., dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Founder dari Perempuan Berdaya. Penerima Hibah Penelitian Riset Group “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorea Primer di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Bimbingan Konseling Spiritual Bagi Pengasuh Dan Anak Asuh Panti Asuhan Anak Penderita HIV/AIDS Di Yayasan Lentera Surakarta (2021). Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com.



Ahmad Faridi lahir di Jakarta, pada 7 Juli 1971. Ia tercatat sebagai lulusan Akademi Gizi Depkes (Diploma III Gizi), Institut Pertanian Bogor (Sarjana Pertanian), PPs Universitas Muhammadiyah Prof Dr Hamka (Magister Kesehatan) dan Sedang mengikuti Program Doktorat Manejemen di Universitas Mercubuana. Bapak yang kerap disapa Ahmad ini memiliki Istri bernama Winny Puspita, S.Gz, M.Si, RD dengan 2 orang anak Amalia Hasnah, S.H dan Rafi Ramahurmuzy, S.Tr.DS. Ahmad bukanlah orang baru di dalam penulisan buku ajar. Ada beberapa buku

yang telah diterbitkan seperti Ekonomi Pangan dan Gizi, Ilmu Gizi Dasar. Gizi Dalam Daur Kehidupan dan Metodologi Penelitian Kesehatan. Pada 2014, Ahmad berhasil meraih Hibah Buku Ajar Kemenristek Dikti. Ahmad juga saat ini menjadi Asesor Akreditasi Mandiri Kesehatan di LAMPTKes serta terlibat dalam penelitian-penelitian Nasional Kesehatan di Badan Litbangkes Kemenkes RI.

SIAGA STUNTING DI INDONESIA

Stunting merupakan masalah kesehatan yang sampai saat ini masih menjadi prioritas nasional pemerintah untuk diselesaikan. Saat ini 149,2 juta balita mengalami stunting dan tersebar diseluruh dunia. Kondisi ini menyebabkan anak-anak terbatas dalam mengembangkan dirinya, mengalami tumbuh kembang yang terhambat bahkan dapat menyebabkan kematian. Balita stunting akan hidup dalam kondisi tinggi badan yang tidak normal, otak mereka tidak berkembang sempurna sehingga mereka akan mengalami kesulitan saat bersekolah, berisiko mengalami penyakit tidak menular dan kondisi ini tidak dapat dirubah (irreversible). Dampaknya akan menjadi beban secara ekonomi dan kerugian besar bagi negaranya. Program percepatan penurunan prevalensi stunting dirancang oleh pemerintah sehingga target meningkatkan kualitas sumber daya manusia sebagai aset negara di masa mendatang akan tercapai.

Buku ini membahas tentang:

Bab 1 Stunting Dan Permasalahannya

Bab 2 Ciri Stunting Dan Cara Penilaian Status Gizi

Bab 3 Faktor Determinan Stunting

Bab 4 Dampak Stunting Masa Mendatang

Bab 5 Tahapan Tumbuh Kembang Anak

Bab 6 Pencegahan Dan Penanganan Stunting

Bab 7 Peran Pemerintah Menangani Stunting

Bab 8 Peran Posyandu Menangani Stunting

Bab 9 Perilaku Hidup Sehat Cegah Stunting

Bab 10 Pendekatan Terapi Komplementer Mencegah Stunting

Bab 11 Penyebab Stunting Di Negara Yang Sedang Berkembang

Bab 12 Peranan Metode Pendidikan Dan Media Dalam Mengatasi Stunting

Bab 13 Peran Lintas Sektor Dalam Penanggulangan Stunting



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-386-1

