

STUNTING PADA ANAK



Penulis :

Prasanti Adriani, Iseu Siti Aisyah, Susilo Wirawan,
Laeli Nur Hasanah, Idris, Andi Nursiah,
Ari Yulistianingsih, Tri Siswati

ISBN 978-623-8051-03-8



9 786238 051038

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/364952626>

STUNTING PADA ANAK

Book · November 2022

CITATION

1

READS

31,546

7 authors, including:



Iseu Siti Aisyah
Bogor Agricultural University
15 PUBLICATIONS 63 CITATIONS

SEE PROFILE



Laeli Nur Hasanah
Universitas PGRI Yogyakarta
32 PUBLICATIONS 68 CITATIONS

SEE PROFILE



Tri Siswati
Health Politecnic Ministry of Health
57 PUBLICATIONS 209 CITATIONS

SEE PROFILE

STUNTING PADA ANAK

**Prasanti Adriani
Iseu Siti Aisyah
Susilo Wirawan
Laeli Nur Hasanah
Idris
Andi Nursiah
Ari Yulistianingsih
Tri Siswati**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

STUNTING PADA ANAK

Penulis :

Prasanti Adriani
Iseu Siti Aisyah
Susilo Wirawan
Laeli Nur Hasanah
Idris
Andi Nursiah
Ari Yulistianingsih
Tri Siswati

ISBN : 978-623-8051-03-8

Editor : Oktavianis, S.ST., M.Biomed
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat
Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id
Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, November 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Judul
Stunting Pada Anak

Penulis
Prasanti Adriani
Iseu Siti Aisyah
Susilo Wirawan
Laeli Nur Hasanah
Idris
Andi Nursiah
Ari Yulistianingsih
Tri Siswati

Penerbit:
PT. Global Eksekutif Teknologi

ISBN: 978-623-8051-03-8

Edisi Indonesia
Stunting Pada Anak

Editor : Oktavianis
Rantika Maida Sahara
Cetakan : Pertama, Oktober 2022
Penerbit : Global Eksekutif Teknologi
Jln. Pasia Sabalah No.34 Kec. Koto Tangah Kota Padang Telp.
+6281372200104
Email : globaleksekuatifteknologi@gmail.com
Website : www.globaleksekuatifteknologi.co.id

Perpustakaan Nasional RI: Data Katalog Dalam Terbitan (KDT)

| | |
|----------------------------|--|
| KREATOR | Adriani, Prasanti ; Aisyah, Iseu Siti ; Wirawan, Susilo ; Hasanah, Laeli Nur ; Idris ; Nursiah, Andi ; Yulistianingsih, Ari ; Siswati, Tri ; (Penulis) |
| JUDUL DAN PENANGGUNG JAWAB | Stunting Pada Anak ; Editor; Oktavianis, Rantika Maida Sahara |
| PUBLIKASI | Padang : PT. Global Eksekutif Teknologi, 2022 |
| DESKRIPSI FISIK | 113 halaman ; 23 cm |
| IDENTIFIKASI | ISBN |
| SUBJEK | Promosi Kesehatan, Kesehatan Masyarakat |

Hak Cipta dilindungi Undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini
Kedalam bentuk apapun secara elektronik maupun mekanis,
tanpa izin tertulis dari penerbit.
All Right Reserved

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran NYA sehingga *Book Capther* Stunting Pada Anak dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis sampaikan *book capther* ini pengembangan dari *book chapter* sebelumnya. Rekan-rekan yang tergabung dalam penulisan ini dapat menyelesaikan dengan tepat waktu. Sehingga dapat bermanfaat bagi siapapun yang membutuhkan keilmuan Stunting Pada Anak ini.

Penulis menyadari tulisan ini belum sempurna, sehingga membutuhkan masukan dari publik pembaca sehingga menjadi lebih baik lagi.

Terima kasih rekan-rekan penulis, penerbit dan rekan yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan *Book Capther*.

Penulis, November 2022

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----------|
| KATA PENGANTAR | i |
| DAFTAR ISI | ii |
| DAFTAR GAMBAR | v |
| DAFTAR TABEL | vi |
| BAB 1 URGENSI KASUS STUNTING DAN KEBUTUHAN PADA ANAK | 1 |
| 1.1 Pendahuluan | 1 |
| 1.2 Urgensi Kasus Stunting..... | 2 |
| 1.3 Kebutuhan Pada Anak..... | 6 |
| BAB 2 FAKTOR PENYEBAB STUNTING | 15 |
| 2.1 Asupan Makanan..... | 15 |
| 2.2 Penyakit Infeksi | 18 |
| 2.3 Pola Asuh..... | 18 |
| 2.4 Pelayanan Kesehatan dan Sanitasi Lingkungan..... | 21 |
| 2.5 Faktor Ekonomi | 21 |
| 2.6 Faktor Sosial Budaya | 22 |
| 2.7 Faktor Pendidikan | 22 |
| 2.8 Faktor Lingkungan | 22 |
| BAB 3 TATA LAKSANA PENANGANAN STUNTING..... | 25 |
| 3.1 Pengertian..... | 25 |
| 3.2 Penyebab Stunting..... | 27 |
| 3.3 Upaya Penurunan Stunting | 30 |
| 3.4 Kebijakan Nasional Penurunan Stunting..... | 33 |
| 3.5 Konvergensi Pencegahan Stunting..... | 34 |
| 3.5.1 Arti Penting Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa | 35 |
| 3.5.2 Prasyarat Perwujudan Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa..... | 35 |
| 3.5.3 Tanggung Jawab Pemerintah Desa dalam Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa | 36 |
| 3.5.4 Pelaku Konvergensi | 36 |
| 3.5.5 Penyedia Layanan Pencegahan Stunting..... | 37 |
| 3.5.6 Paket Intervensi Layanan Pencegahan Stunting | 39 |
| 3.5.7 Konvergensi Pencegahan Stunting | 40 |
| 3.5.8 Keterpaduan Kelompok Peduli Stunting..... | 41 |

| | |
|---|-----------|
| BAB 4 STRATEGI MENCEGAH STUNTING | 43 |
| 4.1 Pendahuluan | 43 |
| 4.2 Strategi Pencegahan Stunting | 44 |
| 4.3 Pilar Penanganan Stunting..... | 49 |
| BAB 5 PERAN KELUARGA DALAM MENCEGAH DAN MENGATASI STUNTING | 53 |
| 5.1 Pendahuluan | 53 |
| 5.2 Permasalahan Gizi pada Keluarga | 56 |
| 5.3 Peran Penting Anggota Keluarga | 56 |
| 5.4 Pentingnya Meningkatkan Pengetahuan Gizi dan Kesehatan Keluarga | 58 |
| 5.5 Dukungan Keluarga untuk Ibu Menyusui | 58 |
| 5.6 Kemampuan Diri dan Keluarga dalam Pencegahan Stunting | 59 |
| BAB 6 PERAN MASYARAKAT DALAM MENCEGAH DAN MENGATASI STUNTING | 62 |
| 6.1 Pendahuluan | 62 |
| 6.2 Bersama Mari Mencegah Stunting..... | 63 |
| 6.3 Upaya Pemerintah dalam Pencegahan Stunting.... | 63 |
| 6.4 Tanggung Jawab Bersama dalam Penanggulangan Stunting..... | 64 |
| 6.5 Peran serta kader-atau-masyarakat dalam mendukung pelaksanaan Posyandu Keluarga..... | 65 |
| 6.6 Peran Posyandu dalam Pencegahan Stunting..... | 66 |
| 6.7 Perlunya Pencegahan Stunting | 67 |
| 6.8 Pencegahan Keluarga Stunting Sejak Masa Kehamilan Hingga Anak Balita | 68 |
| BAB 7 EVIDENCE BASED PRACTICE TERKAIT STUNTING | 72 |
| 7.1 Pendahuluan | 72 |
| 7.2 <i>Evidence Based Practice</i> | 72 |
| 7.2.1 Peningkatan Nafsu Makan Anak | 73 |
| 7.2.2 Konseling Gizi pada Ibu Hamil..... | 73 |
| 7.2.3 Edukasi Gizi pada Ibu dengan Kelebihan Berat Badan atau Obesitas | 74 |
| 7.2.4 Pemberian Susu Fermentasi Sinbiotik dengan Fortifikasi Ganda (Fe-Zn) | 74 |

| | |
|--|-----------|
| 7.2.5 Intervensi Perubahan Komunikasi dan Perilaku Sosial | 75 |
| 7.2.6 Penggunaan Platform PAUD Berbasis Komunitas | 76 |
| 7.2.7 Program Bantuan Pangan..... | 76 |
| 7.2.8 Pemberian Makanan Kaya Zat Besi untuk Meningkatkan Status Zat Besi Wanita Usia Subur | 77 |
| 7.2.9 Intervensi Literasi Gizi pada Ibu..... | 78 |
| 7.2.10 Peningkatan Higiene dan Sanitasi | 78 |
| 7.2.11 Intervensi Gizi Sebelum Masa Konsepsi..... | 79 |
| 7.2.12 Suplementasi Biskuit Belut | 80 |
| BAB 8 APLIKASI DAN ALAT DETEKSI DINI STUNTING | 84 |
| 8.1 Pendahuluan | 84 |
| 8.2 Aplikasi DEPA..... | 85 |
| 8.2.1 Perancangan dan Fitur Aplikasi | 86 |
| 8.2.2 Pengujian | 90 |
| 8.3 Standar Alat Antropometri..... | 92 |
| 8.3.1 Mengukur Berat Badan Balita..... | 94 |
| 8.3.2 Mengukur Tinggi Badan Balita | 99 |
| 8.4 Standar pemantauan perkembangan anak dengan alat deteksi dini perkembangan ana/ SDIDTK kit. | 102 |
| BIODATA PENULIS | |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 1.1 : Penyebab Stunting pada Anak | 6 |
| Gambar 3.1 : Kerangka Penyebab Masalah Stunting di Indonesia..... | 29 |
| Gambar 3.2 : Kerangka Konseptual Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi..... | 31 |
| Gambar 3.3 : Klasifikasi Pelaku Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa | 37 |
| Gambar 3.4 : Jenis Penyedia Layanan Pencegahan <i>Stunting</i> Desa..... | 38 |
| Gambar 4.1 : Sinergitas multi-aktor dan peran <i>stakeholder</i> dalam penanggulangan <i>stunting</i> | 44 |
| Gambar 8.1 : Halaman depan | 87 |
| Gambar 8.2 : Halaman depan | 87 |
| Gambar 8.3 : Halaman home | 88 |
| Gambar 8.4 : Halaman Fitur pertumbuhan..... | 88 |
| Gambar 8.5 : Halaman Grafik Pertumbuhan | 89 |
| Gambar 8.6 : Halaman Grafik Perkembangan..... | 89 |
| Gambar 8.7 : Halaman kesimpulan dan rekomendasi.... | 90 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 3.1 : Indikator Pemantauan Layanan | 40 |
| Tabel 4.1 : Intervensi Gizi Spesifik..... | 47 |
| Tabel 4.2 : Intervensi Gizi Sensitif..... | 49 |
| Tabel 8.1 : Tujuan dan partisipan setiap tahapan pembuatan aplikasi DEPA..... | 86 |
| Tabel 8.2 : Instrumen penilaian aplikasi oleh panelis ahli media | 89 |
| Tabel 8.3 : Instrumen penilaian aplikasi oleh panelis ahli materi | 91 |
| Tabel 8.4 : Penilaian aplikasi oleh pengguna dengan metode PPSUQ..... | 91 |

BAB 1

URGENSI KASUS STUNTING DAN KEBUTUHAN PADA ANAK

Oleh Prasanti Adriani

1.1 Pendahuluan

Stunting atau pertumbuhan linier yang buruk (skor tinggi-untuk-usia-Z ≥ 2) dianggap sebagai masalah umum masalah kesehatan di kalangan anak-anak secara global (*United Nations Children's Fund*, 2004). Sekitar 151 juta (22%) anak-anak di bawah usia lima tahun pada tahun 2017 terkena stunting. Lebih dari separuh anak dengan stunting berasal dari Asia. Anak stunting dipengaruhi oleh gizi buruk di dalam rahim dan anak usia dini, serta sering infeksi sebelum atau setelah lahir dan karena itu memiliki risiko lebih besar untuk sakit dan kematian (WHO, 2018). Riset menunjukkan bahwa anak-anak yang terhambat mungkin tidak pernah mencapai potensi tinggi mereka sepenuhnya dan memiliki kognitif yang buruk perkembangan yang mengarah pada kinerja pendidikan yang kurang optimal dan berkurangnya kapasitas intelektual, motorik dan pembangunan sosial ekonomi (WHO, 2018). Selain itu, wanita yang terhambat memiliki risiko lebih besar untuk berkembang komplikasi kebidanan karena panggul yang lebih kecil, melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah yang mengakibatkan peningkatan risiko penyakit tidak menular kronis di masa dewasa, serta siklus malnutrisi, karena bayi berat lahir rendah cenderung lebih kecil saat dewasa (WHO, 2014).

Konsekuensi kritis dari stunting telah menyebabkan penetapan target gizi global untuk mengurangi jumlah balita stunting sebesar 40% pada tahun 2025 (WHO, 2014). Target global ini selanjutnya didukung oleh Tujuan Pembangunan Berkelanjutan 2, target 2: "Pada tahun 2030, mengakhiri semua bentuk kekurangan gizi, termasuk mencapai, pada tahun 2025, target yang disepakati secara internasional tentang stunting dan wasting pada

anak di bawah usia 5 tahun, dan memenuhi kebutuhan gizi remaja putri, wanita hamil dan menyusui serta orang lanjut usia.” (United Nations, 2014).

Menurut nilai *cut-off World Health Organization* (WHO) dari signifikansi kesehatan masyarakat untuk stunting, Indonesia dianggap memiliki prevalensi stunting yang tinggi (30-39%) (WHO, 2010). Negara tersebut bahkan menempati peringkat kelima di antara negara dengan beban anak stunting tertinggi. Penurunan prevalensi stunting berjalan lambat dalam sepuluh tahun terakhir, dari 42% menjadi 36%. Survei Kesehatan Dasar Indonesia tahun 2013 melaporkan bahwa sekitar 37,2% balita di Indonesia mengalami stunting, mulai dari sekitar 27% di Provinsi Kepulauan Riau hingga >50% di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji determinan stunting pada anak usia 0–2 tahun di Indonesia dengan menggunakan Survei Kesehatan Dasar Indonesia 2013 (UNICEF, 2013).

1.2 Urgensi Kasus Stunting

Tingginya tingkat kekurangan gizi kronis pada anak-anak kecil secara global, suatu kondisi yang sangat terkait dengan kemiskinan. Malnutrisi ibu dapat memulai proses pertumbuhan linier yang terhambat dalam rahim, berkontribusi pada pembatasan pertumbuhan intrauterin dan berat badan lahir rendah. Praktik pemberian makan yang kurang optimal pada masa bayi ditambah dengan beban penyakit menular yang tinggi juga memprediksi pertumbuhan anak yang buruk. Pengerdilan pertumbuhan linier, yang didefinisikan sebagai *Height for Age* (HAZ) z skor 2 SD di bawah median, adalah indikator fisik yang mudah dikenali dan diukur dari kekurangan gizi kronis pada masa kanak-kanak. Anak-anak yang pertumbuhannya terhambat lebih mungkin mengalami tingkat kematian, kesakitan, dan suboptimal yang lebih tinggi (Vaidava et al, 2022).

Telah ada kemajuan global dalam mengurangi tingkat stunting anak dalam beberapa dekade terakhir, tetapi kemajuan ini tidak merata. Beberapa negara dengan kinerja tinggi telah mengurangi prevalensi pengerdilan sebesar >30 poin persentase dalam 30 tahun terakhir, sementara yang lain membuat kemajuan

yang tidak berarti. Sangat penting untuk memeriksa faktor-faktor penentu dan pendorong utama pengurangan stunting sehingga masing-masing negara dapat mempelajari apa yang berhasil untuk menerapkan kebijakan dan program yang ditargetkan. Negara-negara yang memprioritaskan implementasi dan peningkatan kebijakan dan program berbasis bukti, sensitif nutrisi, dan spesifik nutrisi akan membuat peningkatan besar dalam pengembangan sumber daya manusia dan produktivitas ekonomi, karena inisiatif ini umumnya memiliki rasio manfaat-biaya yang sangat tinggi (UNICEF, 2020).

Ada juga beban moral untuk bertindak, karena semua anak memiliki hak untuk tumbuh dan berkembang secara optimal untuk mencapai potensi perkembangannya secara penuh. Tindakan yang terarah dan terpadu di tingkat nasional akan sangat penting untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan yang terkait dengan kesehatan dan gizi anak. Meskipun tingkat pengerdilan telah menurun selama beberapa dekade terakhir, diperkirakan 21,3% (144 juta) anak di bawah usia 5 tahun secara global mengalami pertumbuhan terhambat pada tahun 2019. Disparitas regional dan dalam negeri ada, dengan prevalensi mulai dari 34,5% di Afrika timur hingga 4,5% di Asia timur pada 2019 (UNICEF, 2020).

Secara global, terdapat 109 juta lebih sedikit anak yang mengalami stunting pada tahun 2019 dibandingkan dengan tahun 1990. Namun, meskipun membuat sedikit kemajuan dalam mengurangi prevalensi, karena pertumbuhan populasi yang substansial, jumlah total anak yang mengalami stunting di wilayah Afrika telah meningkat sebesar 13,1 juta sejak 1990. Diperkirakan 17% dari beban kematian pada anak di bawah 5 tahun berhubungan dengan stunting (Black et al, 2013).

Dibandingkan dengan anak-anak dengan $HAZ > 1$, anak-anak dengan HAZ antara 2 dan 3 masing-masing memiliki 118% dan 138% risiko kematian akibat pneumonia atau diare. Anak-anak yang sangat kecil ($HAZ < -2$) bahkan berisiko lebih tinggi (kematian pneumonia—HR: 6,39; kematian diare—HR: 6,33). Negara-negara dengan tingkat prevalensi pengerdilan tertinggi terkonsentrasi di Asia Selatan dan Tenggara dan Afrika sub-Sahara. Sementara semua wilayah global telah mengalami penurunan prevalensi stunting sejak tahun 1990, kemajuan ini tidak merata. Wilayah Asia

Selatan dan Asia Timur dan Pasifik telah mengalami peningkatan terbesar, mengurangi prevalensi stunting sebesar 25 poin persentase selama 30 tahun terakhir. Negara-negara yang telah mencapai pengurangan substansial dalam prevalensi stunting selama 30 tahun terakhir secara geografis tersebar di antara beberapa wilayah di seluruh dunia. Hasil penelitian menggambarkan tren prevalensi stunting dalam sampel 13 negara dengan kinerja terbaik secara global, yang dipilih berdasarkan konsultasi dengan para ahli (Olofin *et al*, 2013).

Meskipun prevalensi dasar dan tingkat pengurangan stunting bervariasi untuk masing-masing negara selama periode yang diteliti, satu pola yang konsisten muncul yang mencirikan beberapa pemain top ini: periode awal stagnasi diikuti oleh penurunan yang konsisten. Misalnya, antara tahun 1988 dan 1993 Vietnam awalnya mengalami stagnasi (61%) tetapi mengalami penurunan yang sangat tajam antara tahun 1993 dan 1998, diikuti oleh penurunan yang relatif konsisten hingga tahun 2015 (25%). Di Burkina Faso, dataran tinggi awal ini bertahan hingga 2006, setelah itu pengurangan dramatis dan konsisten terlihat. Meskipun data tidak tersedia untuk Nepal sebelum 1995, sejak itu, Nepal (68,2%) dan Bangladesh (65,8%) mengikuti pola penurunan yang sangat mirip dan konsisten hingga 2014, mengurangi prevalensi stunting sebesar 30 poin persentase. Pemeriksaan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap penurunan tajam Peru antara 2008 dan 2016 (28,2-13,1%).

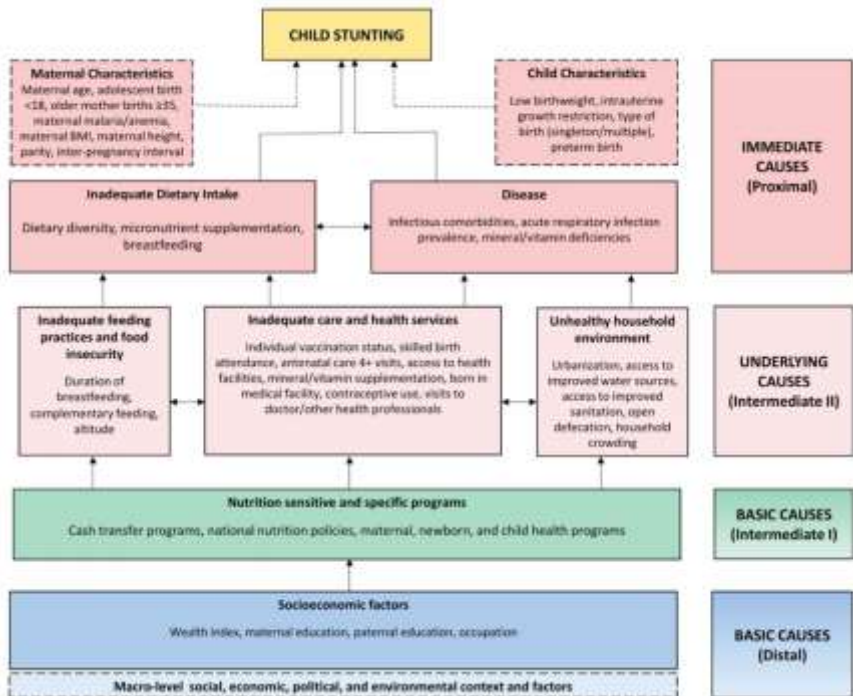
Penting untuk dicatat bahwa terdapat variasi yang cukup besar dalam beban dan tren pengerdilan di dalam negara. Variasi subnasional ini terkait erat dengan kesenjangan sosial ekonomi dan geografis, termasuk indikator seperti pendidikan orang tua, kekayaan rumah tangga, dan lokasi pedesaan. Kebijakan dan program yang dirancang untuk mengurangi kekurangan gizi pada masa kanak-kanak dan gangguan pertumbuhan biasanya bergantung pada target untuk mendapatkan seperangkat faktor risiko standar yang mewakili penyebab langsung, mendasar, dan dasar dari pengerdilan. Kerangka konseptual multilevel utama yang digunakan oleh komunitas nutrisi global selama 30 tahun terakhir adalah Kerangka Konseptual Kurang Gizi UNICEF (8), yang menjadi dasar beberapa variasi. Salah satu turunan yang

dikembangkan oleh WHO disebut “*Childhood Stunting: Context, Causes and Consequences*” merangkum 3 tingkat faktor yang terkait dengan stunting, dan merupakan produk dari Pertumbuhan Sehat. Meskipun ada banyak determinan teoretis pengerdilan di sepanjang rantai kausal, hanya sebagian yang telah dipelajari dengan cukup baik untuk mengukur kekuatan hubungan (UNICEF, 2013).

Analisis penilaian risiko stunting komparatif baru-baru ini mengelompokkan faktor risiko menjadi 5 kelompok: nutrisi dan infeksi ibu, masa remaja ibu dan jarak kelahiran yang pendek, hambatan pertumbuhan janin dan kelahiran prematur, nutrisi dan infeksi anak, dan faktor lingkungan. Dengan pengecualian uji coba suplementasi seng pada anak-anak yang kekurangan seng, semua ukuran efek untuk risiko pengerdilan berasal dari meta-analisis studi kohort atau analisis gabungan data *Demographic and Health Survey* (DHS). Faktor risiko global utama dalam jumlah total kasus stunting yang disebabkan diidentifikasi sebagai berikut pembatasan pertumbuhan janin (didefinisikan sebagai lahir cukup bulan dan kecil untuk usia kehamilan), sanitasi yang tidak baik, diare pada masa kanak-kanak, dan perawakan pendek ibu (Danaei *et al*, 2016).

Analisis ekonometrik dari penentu dasar dan dasar menggunakan data dari 116 negara antara tahun 1970 dan 2012 (Smith&Haddad, 2015) mengidentifikasi beberapa pendorong pengurangan stunting, termasuk akses ke air bersih, sanitasi yang lebih baik, kesetaraan gender, pendidikan perempuan, dan ketersediaan makanan bergizi, dengan tata kelola dan pertumbuhan pendapatan menyediakan lingkungan yang mendukung pendorong perkembangan perubahan status gizi tingkat negara juga menyoroti kepemilikan aset, akses layanan kesehatan, pencapaian pendidikan ibu, dan kesuburan yang lebih rendah. Namun, pertumbuhan ekonomi dan produksi pangan merupakan prediktor utama hanya di negara-negara yang mengalami kerawanan pangan, dan infrastruktur ternyata tidak secara langsung penting untuk perbaikan gizi. Perbedaan harus dibuat antara analisis asosiasi *cross sectional* dari determinan spesifik dan prevalensi pengerdilan atau mean HAZ dan analisis yang menganalisis kontribusi relatif dari pendorong perubahan

dalam ukuran pertumbuhan anak dari waktu ke waktu. Mensintesis basis bukti global yang merinci jenis analisis terakhir diprioritaskan dalam artikel ini. Tren indikator kunci untuk determinan pengerdilan anak digambarkan dalam Gambar Tambahan 2 untuk 13 negara dengan kinerja terbaik yang dijelaskan sebelumnya. Secara keseluruhan, indikator secara umum telah membaik selama 30 tahun terakhir untuk sebagian besar negara dengan kinerja terbaik, meskipun tidak merata. Tingkat kemajuan juga sangat bervariasi menurut negara. Terlepas dari perbaikan umum ini, saat ini masih ada kesenjangan besar dalam tingkat melek huruf, akses ke air bersih dan sanitasi dasar, dan tingkat kemiskinan antar negara (Headey, 2013).



Gambar 1.1 : Penyebab Stunting pada Anak

Sumber: (Black et al, 2013) & (UNICEF, 2020)

1.3 Kebutuhan Pada Anak

Pemahaman tentang masa kanak-kanak sangat bervariasi di seluruh dunia. Tidak ada konsensus universal yang dapat ditemukan mengenai apa yang dibutuhkan anak-anak untuk

perkembangan optimal mereka, lingkungan apa yang paling baik untuk memenuhi kebutuhan tersebut, dan bentuk dan tingkat perlindungan apa yang sesuai untuk anak-anak pada usia tertentu. Memang, tidak ada kesepakatan tentang sifat masa kanak-kanak, ketika anak-anak menjadi dewasa, atau tujuan yang dicita-citakan keluarga untuk anak-anak mereka (Boyden *et al*, 1998).

Tidak ada definisi universal tentang masa kanak-kanak. Namun banyak asumsi yang ada tentang apa itu masa kanak-kanak, bagaimana anak-anak berkembang, dan dugaan kemampuan dan kapasitas anak-anak. Teori tahap tradisional, yang memahami perkembangan anak sebagai serangkaian tahapan terpisah yang masing-masing terkait dengan perkiraan rentang usia, cenderung memengaruhi cara kita memahami perkembangan melalui masa kanak-kanak. Teori-teori ini, meskipun sekarang semakin ada tantangan, terus mempengaruhi pemikiran kita. Masih ada lima asumsi signifikan tentang masa kanak-kanak yang berasal dari teori-teori ini (Boyden *et al*, 1998):

1. Perkembangan anak adalah proses universal: Semua anak berkembang di sepanjang lintasan atau jalur yang sama menuju kedewasaan dan menyiratkan bahwa seperangkat 'aturan' diikuti sepanjang proses perkembangan anak. Faktor pembeda seperti budaya, temporal, kontekstual dan individu sebagian besar diabaikan.
2. Kedewasaan memiliki status normatif: Begitu seorang anak mencapai usia dewasa, ia memiliki status manusia seutuhnya. Sampai dewasa, anak dianggap dalam keadaan belum dewasa yang ditandai dengan irasionalitas, inkompetensi, kelemahan, kenaifan, dan keluguan. Dengan kata lain, segala sesuatu yang dilakukan seorang anak pada dasarnya merupakan persiapan menuju kedewasaan. Masa kanak-kanak tidak dihargai untuk dan dari dirinya sendiri, hanya sebagai proses perkembangan.
3. Tujuan perkembangan anak bersifat universal: Semua budaya memiliki tujuan akhir yang sama untuk perkembangannya. Namun pada kenyataannya, budaya yang berbeda memiliki aspirasi yang berbeda secara signifikan untuk anak-anak mereka, dan perbedaan ini mempengaruhi tujuan perkembangan mereka. Misalnya, di sebagian besar masyarakat Barat, tujuan akhir pembangunan mencakup

pencapaian otonomi pribadi, sosial, dan politik, kemandirian dan kemandirian, sedangkan di banyak budaya lain, saling ketergantungan dan integrasi lebih dihargai. Tujuan pembangunan juga berbeda dalam konteks dan budaya masyarakat, di mana pendidikan dapat ditekankan untuk anak laki-laki yang tinggal di keluarga kelas menengah, dan pernikahan dan pekerjaan dapat dianggap sebagai prioritas tinggi bagi anak perempuan dari keadaan miskin. , atau pendidikan di mana pendidikan anak perempuan tidak terlalu dihargai.

4. Penyimpangan dari norma menunjukkan risiko bagi anak: Ada asumsi tentang apa yang merupakan perilaku dan aktivitas normal pada setiap tahap perkembangan dan setiap penyimpangan dari perilaku normal ini dianggap berpotensi membahayakan anak. Asumsi ini sebagian besar diambil dari model masa kanak-kanak Barat, dan gagal untuk mencerminkan perbedaan dan realitas pengalaman masa kanak-kanak di lingkungan budaya lain. Diasumsikan, misalnya, bahwa semua bentuk pekerjaan berbahaya bagi anak-anak, sehingga secara efektif membuat jutaan anak yang membutuhkan pekerjaan, atau memang, mengakui potensi manfaat bagi anak-anak yang terkait dengan pekerjaan.
5. Anak-anak adalah pemain pasif: Masa kanak-kanak dipandang sebagai proses perolehan kompetensi dan keterampilan menurut kekuatan biologis atau psikologis yang telah ditentukan sebelumnya. Ia gagal untuk mengakui sejauh mana anak-anak memiliki hak pilihan untuk mempengaruhi kehidupan dan perkembangan mereka sendiri, dan dapat memberikan kontribusi aktif terhadap lingkungan sosial mereka.

Tujuan akhir dari pembangunan adalah untuk mempromosikan dan meningkatkan kesehatan, kesejahteraan dan kapasitas anak-anak. Hal ini mensyaratkan bahwa kebutuhan tertentu anak didukung dan dipenuhi, baik dari segi kesejahteraan mereka saat ini maupun dari segi potensi masa depan mereka. Potensi adalah kemungkinan untuk pertumbuhan dan perkembangan lebih lanjut seseorang baik dalam arti umum

maupun dalam bidang bakat dan karunia khusus. Hal ini dapat terjadi pada semua anak, misalnya memenuhi potensi untuk tumbuh lebih tinggi, lebih kuat; untuk memahami komunikasi lisan dan tulisan, atau dapat bersifat individualistis dan unik bagi anak, misalnya, realisasi bakat seni, kecerdasan kreatif, dan/atau ketajaman interpersonal. Mewujudkan potensi itu sendiri merupakan kebutuhan manusia.

Penghormatan yang tulus terhadap martabat manusia membawa harapan tambahan untuk mendukung pengembangan potensi unik setiap orang dan, dengan demikian, untuk memenuhi kebutuhan semua orang untuk jujur pada diri mereka sendiri dan nilai tambah khusus yang mereka bawa ke kehidupan (misalnya, realisasi bakat artistik, kecerdasan kreatif, dan/atau ketajaman interpersonal). Kebutuhan pada anak dapat dikelompokkan ke dalam empat kategori besar menurut (Maslow, 1970), (Deci, 2000), (Sheldon et al, 2001) :

1. Kebutuhan fisik: Tempat tinggal, perawatan kesehatan, air dan sanitasi, perlindungan dari pencemaran lingkungan, makanan yang cukup, pakaian yang memadai, dan perlindungan dari kekerasan, eksploitasi dan penyalahgunaan, latihan untuk koordinasi kekuatan-daya tahan, peluang untuk pengembangan potensi atletik.
2. Kebutuhan sosial, ekonomi dan budaya: Pengetahuan dan penghormatan terhadap bahasa, agama dan budaya sendiri, lingkungan sosial dan ekonomi yang stabil, akses ke bimbingan dan dukungan yang tepat, akses ke pendidikan berkualitas, permainan dan persahabatan, kebebasan dari diskriminasi dan prasangka, pemberdayaan yang berarti. pekerjaan, dan kesempatan untuk pelayanan
3. Psikologis, termasuk kebutuhan Intelektual, emosional, dan kehendak: Lingkungan keluarga yang stabil dan penuh kasih sayang, rasa memiliki dan identitas, informasi yang sesuai dengan usia, stimulasi, dan kesempatan untuk didengarkan dan dianggap serius, model untuk pemecahan masalah dan pemikiran kritis, a rasa berharga, dihargai oleh orang lain, mampu berkontribusi atau secara positif mempengaruhi dunia Anda, kesempatan untuk membuat pilihan dan mengembangkan bakat kognitif dan potensi kreatif. Kebutuhan

dan potensi kehendak mengacu pada kemampuan dan keterampilan untuk membuat pilihan atau keputusan secara sadar.

4. Kebutuhan spiritual: Eksplorasi, pemahaman dan apresiasi terhadap sifat kehidupan, jenis manusia dan alam semesta dari apa yang ada di luar waktu dan dunia material, dan kemungkinan untuk terhubung dengan yang tak terbatas dan tertinggi.

Kesimpulan di bawah ini mengikuti pemahaman tentang kebutuhan anak-anak menurut (Maslow, 1970), (Deci, 2000), (Sheldon et al, 2001) :

1. Kebutuhan anak-anak bersifat universal: Hal ini berlaku untuk anak-anak di semua lingkungan sosial ekonomi dan budaya. Tidak masalah apakah seorang anak tinggal di Afrika sub-Sahara, Tajikistan atau Swedia, ia memiliki kebutuhan untuk kehidupan keluarga yang stabil, makanan yang cukup, pendidikan, dan penghargaan atas kemampuannya. Cara pemenuhan kebutuhan akan bervariasi dalam budaya yang berbeda dan untuk anak yang berbeda. Misalnya, struktur keluarga berbeda, anak-anak memulai pendidikan pada usia yang berbeda, kesempatan bermain mungkin lebih atau kurang formal, hubungan anak-anak dengan pekerjaan bervariasi, dan anak-anak cacat mungkin memerlukan dukungan tambahan, tetapi pemenuhan kebutuhan tetap penting untuk kesehatan dan kesehatan yang optimal. kesejahteraan.
2. Pemenuhan semua kebutuhan sangat penting untuk kesehatan dan perkembangan anak yang optimal: Sering ada kecenderungan untuk memandang kebutuhan fisik sebagai prioritas. Jelas pada satu tingkat, memang benar tanpa makanan, anak-anak akan mati. Namun, benar juga bahwa tanpa pendidikan atau bermain, potensi anak tidak dapat diwujudkan. Dan, tanpa rasa hormat dan kebebasan dari diskriminasi, kesejahteraan psikologis dan emosional mereka akan terganggu. Kebutuhan anak-anak saling bergantung satu sama lain: tidak ada yang lebih diutamakan daripada yang lain.
3. Anak-anak tidak dapat memenuhi kebutuhan mereka tanpa dukungan orang dewasa: masa muda mereka, kerentanan dan

kurangnya kekuatan berarti bahwa mereka bergantung pada dunia orang dewasa untuk memastikan bahwa kebutuhan mereka terpenuhi. Ini menempatkan kewajiban pada orang dewasa untuk menciptakan kondisi yang diperlukan yang akan memastikan hal ini terjadi. Kewajiban ini tidak hanya mencakup pemenuhan kebutuhan individu anak, seperti kehidupan keluarga, akses ke perawatan kesehatan atau pendidikan, tetapi juga pertimbangan kebijakan publik yang berpotensi berdampak pada kesehatan dan perkembangan anak – perumahan, transportasi, lingkungan, ekonomi makro dan kemiskinan. Ini berarti bahwa kebijakan pemerintah di semua tingkatan harus mempertimbangkan kebutuhan anak secara aktif dan konsisten.

4. Penerimaan premis bahwa orang dewasa memiliki tanggung jawab atau kewajiban untuk memenuhi kebutuhan anak adalah penerimaan *de facto* bahwa anak berhak untuk memenuhi kebutuhannya. Dengan kata lain, anak memiliki hak: Kebutuhan menjadi hak ketika mereka diakui sebagai keharusan untuk perlindungan dan kualitas hidup dan ditetapkan sebagai kewajiban melalui instrumen hak asasi manusia. Sehubungan dengan anak-anak, hak-hak ini telah disahkan dan dikodifikasikan oleh masyarakat internasional dalam Konvensi PBB tentang Hak Anak. Mereka didasarkan pada apresiasi kolektif dari kondisi manusia dan bersifat universal dan berlaku untuk semua individu, konteks dan budaya. Hak tidak dapat dicabut atau bersifat diskriminatif dalam penerapannya. Mereka semua memiliki kepentingan yang sama dan mendasar untuk menjamin kesehatan, perkembangan, dan kesejahteraan individu. Konvensi mengharuskan pemerintah untuk memperkenalkan langkah-langkah yang diperlukan untuk memastikan bahwa hak-hak ini dihormati untuk semua anak. Ini menegaskan bahwa:
 - a. hak-hak tersebut bersifat universal, tidak dapat dipisahkan dan saling bergantung, dan
 - b. pemenuhannya harus didasarkan pada komitmen terhadap pemahaman bahwa anak-anak, sebagai subjek hak, harus dihormati, didengarkan, dan diperhatikan secara serius dalam pelaksanaannya. dari hak-hak mereka.

Tenaga kesehatan cenderung mengutamakan kebutuhan fisik, padahal semua kebutuhan itu penting (fisik, psikis, sosial, ekonomi, budaya, dan spiritual). Jelas, pada satu tingkat, memang benar bahwa tanpa makanan, anak-anak akan mati; namun tanpa pendidikan atau bermain, potensi anak tidak dapat diwujudkan, dan tanpa rasa hormat dan kebebasan dari diskriminasi, kesejahteraan psikologis mereka akan terganggu. Dengan demikian, untuk memaksimalkan potensi perkembangan anak, kebutuhan dan pemenuhan potensi tidak boleh dipandang secara tersendiri, melainkan sebagai hak, dan secara holistik, dimana faktor fisik, psikologis, sosial, budaya, dan lingkungan berinteraksi dan saling berkaitan, membentuk sinergi antara diri.

DAFTAR PUSTAKA

- Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, De Onis M, Ezzati M, Grantham-McGregor S, Katz J, Martorell R. 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet North Am Ed* 2013;382(9890):427–51.
- Boyden, J., B. Ling and W. Myers. 1998. *What Works for Working Children*, Radda Barnen/UNICEF, Florence.
- Danaei G, Andrews KG, Sudfeld CR, Fink G, McCoy DC, Peet E, Sania A, Fawzi MCS, Ezzati M, Fawzi WW. 2016. Risk factors for childhood stunting in 137 developing countries: a comparative risk assessment analysis at global, regional, and country levels. *PLoS Med* 2016;13(11):e1002164.
- Deci, E. L. 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 1, 68-78
- Headey, DD. 2013. Developmental drivers of nutritional change: a cross-country analysis. *World Dev* 2013;42:76–88.
- Hoddinott J, Alderman H, Behrman JR, Haddad L, Horton S. 2013. The economic rationale for investing in stunting reduction. *Matern Child Nutr* 2013;9:69–82.
- Maslow, A. 1970. *Motivation and personality*. New York.
- Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, Flaxman S, Black RE, Fawzi WW, Caulfield LE, Danaei G. 2013. For the Nutrition Impact Model Study (anthropometry cohort pooling). Associations of suboptimal growth with all-cause and cause-specific mortality in children under five years: a pooled analysis of ten prospective studies. *PLoS One* 2013;8(5):e64636.
- Sheldon, K.M., Elliot, A.J., Kim, Y., & Kasser, T. 2001. What's satisfying about satisfying events? Comparing ten candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 325-339.
- Smith LC, Haddad L. 2015. Reducing child undernutrition: past drivers and priorities for the post-MDG era. *World Dev* 2015;68:180–204.

- UNICEF. 2013. *Improving Child Nutrition: The Achievable Imperative for Global Progress*; UNICEF: New York, NY, USA.
- UNICEF. 2020. Joint child malnutrition estimates, March 2020 edition. Available from: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>.
- United Nations Children's Fund; World Health Organization. 2004. *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates*; UNICEF: New York.
- United Nations. 2014. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Available online: <https://sdgs.un.org/partnerships>.
- Vaivada, Tyler. et al. 2022. Stunting in childhood: an overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline. https://academic.oup.com/ajcn/article/112/Supplement_2/777S/5898920 by guest on 23 August 2022.
- World Health Organization. 2010. *Country Profile Indicators: Interpretation Guide*; World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. 2014. *Global Nutrition Targets 2025: Policy Brief Series*; (WHO/NMH/NHD/14.2); World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. 2018. Levels and Trends in Child Malnutrition. Available online: <http://www.who.int/nutgrowthdb/2018-jme-brochure.pdf?ua=1>

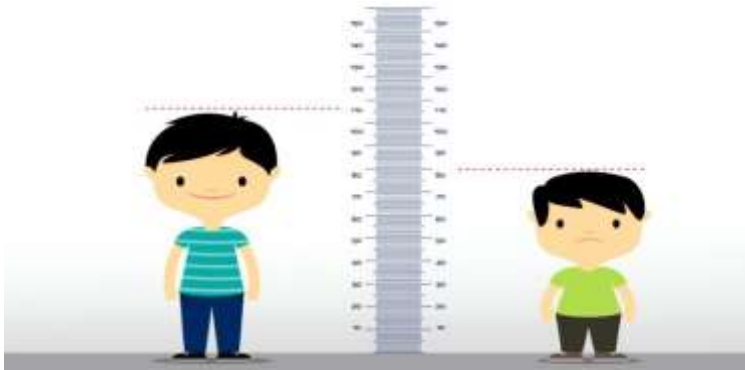
BAB 2

FAKTOR PENYEBAB STUNTING

Oleh Iseu Siti Aisyah

2.1 Asupan Makanan

Stunting pada anak balita seringkali merupakan akibat dari banyak faktor yang berhubungan dengan kemiskinan. Ini termasuk pola makan yang buruk, kesehatan, kebersihan dan lingkungan (Kemenkes, 2018). Manusia membutuhkan makanan untuk bertahan hidup. Pangan merupakan sumber energi yang sangat dibutuhkan untuk menunjang segala aktivitas manusia. Jika seseorang tidak mendapatkan cukup energi dari makanan, ia mungkin harus meminjam atau menggunakan cadangan energi dalam tubuh untuk menutupi perbedaan. Namun, kebiasaan meminjam ini dapat menimbulkan masalah serius, seperti kekurangan gizi, terutama energi. Nutrisi sangat penting untuk kesehatan dan pertumbuhan. Gizi yang baik dikaitkan dengan peningkatan kesehatan bayi, anak dan ibu, dengan sistem kekebalan yang kuat, kehamilan dan persalinan yang aman, dan pengurangan risiko penyakit tidak menular yang mengarah pada umur yang lebih panjang (Vaivada *et al.*, 2020).



Kandungan nutrisi dari makanan yang Anda makan berhubungan dengan seberapa banyak Anda makan. Nutrisi sangat

penting untuk kesehatan dan pertumbuhan yang baik. Makronutrien adalah zat utama dalam nutrisi (energi, karbohidrat, protein, dan lemak). Mikronutrien (kalsium, zat besi, seng, dan mineral lainnya) sangat penting untuk diet sehat. Nutrisi sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Nutrisi juga berperan penting dalam menjaga dan memulihkan kesehatan, sehingga status gizi seseorang berkaitan dengan status kesehatannya, dan kesehatan seseorang dipengaruhi oleh status gizinya. Kekurangan makanan bergizi akan menyebabkan stunting (Rakotomanana, et.al, 2017)

Makanan adalah bagian penting dari diet setiap orang. Asupan zat gizi makro dan zat gizi mikro memiliki berbagai fungsi penting yang sangat luas untuk pertumbuhan tubuh. Menurut Fitri (2012), biasanya pertumbuhan mulai goyah dimulai pada sekitar 6 bulan, hal ini disebabkan transisi dari pemberian ASI ke MP-ASI, asupan makanan yang sering dirasakan kurang baik kuantitas maupun kualitasnya, hal ini erat kaitannya dengan praktik diet serta peningkatan paparan lingkungan, yang meningkatkan kejadian penyakit. Kualitas dan kuantitas asupan makanan anak sangat penting untuk diperhatikan, agar anak tidak mengalami gejala defisiensi kronis, hal ini erat kaitannya dengan gizi bayi dan anak. Ada hubungan positif antara asupan makanan dengan kejadian infeksi. Kekambuhan penyakit dapat mempengaruhi status gizi, dan status gizi yang buruk dapat meningkatkan risiko infeksi. Bahkan, dengan tidak adanya gejala yang jelas, kondisi fisiologis yang terkait dengan infeksi berhubungan dengan penurunan nafsu makan, penyerapan nutrisi terhambat, kecukupan nutrisi meningkat, kehilangan mineral, dan kegagalan untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan (dapat menghambat pertumbuhan) (Kiik dan Nuwa, 2020).

Energi merupakan faktor penting dalam ketersediaan zat gizi makro bagi balita. Penelitian telah menunjukkan bahwa asupan energi merupakan faktor penting dalam stunting pada anak di bawah 5 tahun. Risiko stunting pada balita di desa Karanganyar 6,111 kali lebih besar jika asupan energi yang tidak mencukupi menjadi masalah (Aisyah and Yunianto, 2021). Asupan energi yang rendah dikaitkan dengan risiko stunting pada balita. Selain itu, asupan energi yang rendah dapat menyebabkan status gizi yang

buruk, dan juga dapat mempengaruhi perkembangan anak. Anak yang stunting (memiliki tingkat perkembangan yang rendah) memiliki perkembangan yang kurang dari rata-rata jika dibandingkan dengan anak yang tidak stunting.

Kebutuhan energi setiap anak berbeda-beda tergantung pada metabolisme basal, usia, aktivitas, fisik, suhu, lingkungan, dan kesehatannya. Makronutrien adalah nutrisi yang mengandung energi. Ini disebut karbohidrat, lemak, dan protein. Pedoman Diet untuk Orang Amerika merekomendasikan bahwa sebagian besar energi yang kita butuhkan berasal dari karbohidrat, protein, dan lemak. Konsentrasi energi yang tinggi berasal dari makanan berlemak, seperti lemak dan minyak, kacang-kacangan dan biji-bijian. Setelah mengonsumsi makanan sumber karbohidrat, seperti biji-bijian, kentang, dan gula, tubuh beralih ke sumber lain untuk mendapatkan energinya. Semua makanan yang dibuat dari bahan makanan ini adalah sumber energi. Kebutuhan energi seorang anak meningkat seiring dengan bertambahnya berat badan mereka selama masa pertumbuhan (baduta). Hal ini dikarenakan selama ini tubuh anak berkembang sangat pesat, sehingga energi yang digunakan juga signifikan.

Kebutuhan energi bayi berkisar antara 105-110 kkal per kilogram berat badan antara usia 6 sampai 12 bulan. Kebutuhan energi dalam tubuh digunakan untuk meningkatkan berat badan, pertumbuhan dan perkembangan, melakukan aktivitas fisik saat terjaga dan waspada, mengatur metabolisme makanan, dan memulai proses penyembuhan sakit (Sulistyoningih, 2011).



2.2 Penyakit Infeksi

Sanitasi dan kebersihan lingkungan yang buruk memicu gangguan pencernaan dan mengalihkan energi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan ke dalam daya tahan tubuh terhadap infeksi. Sebuah penelitian menemukan bahwa semakin sering seorang anak mengalami diare, semakin tinggi risikonya untuk mengalami stunting (Manggala & Kenwa, 2018). Selain itu, ketika anak sakit biasanya nafsu makannya berkurang, sehingga asupan makanannya kurang, pertumbuhan sel otak yang seharusnya sangat pesat pada 2 tahun pertama kehidupan anak menjadi terhambat. Akibatnya, anak berisiko mengalami stunting yang berujung pada gangguan pertumbuhan mental dan fisik, sehingga potensinya tidak dapat berkembang secara maksimal.

Terjadinya infeksi merupakan gejala klinis suatu penyakit pada anak, yang berdampak pada penurunan nafsu makan, sehingga asupan makan anak berkurang. Jika terjadi pengurangan asupan makanan dalam jangka waktu yang lama dan disertai dengan muntah dan diare, maka anak tersebut menderita kekurangan zat gizi dan cairan. Terhambatnya serapan hara mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan baduta dan dapat mengakibatkan pertumbuhan terhambat (Wiyogowati, 2012). Penyakit infeksi seperti diare, infeksi saluran pernapasan dan demam berhubungan dengan terhambatnya pertumbuhan pada anak usia 6-59 bulan yang tinggal di daerah perkotaan dan pedesaan yang miskin (Kiik *et al.*, 2020).

2.3 Pola Asuh

Pola asuh yang baik untuk mencegah stunting dapat ditemukan dalam praktik pemberian makan. Nutrisi yang tepat dapat mempengaruhi pertumbuhan, perkembangan dan kecerdasan anak sejak usia dini. Model nutrisi bagi orang tua yang direkomendasikan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2016 adalah dengan menyediakan makanan sehari-hari yang memenuhi kebutuhan gizi anak seperti sumber energi dari beras, umbi-umbian, dll. Sumber bahan pembangun adalah zat-zat terkontrol seperti ikan, daging, telur, susu, kacang-kacangan, serta buah-buahan dan sayuran yang digunakan selama

pertumbuhan dan perkembangan bayi untuk menghindari masalah gizi seperti stunting. Mengandung banyak vitamin serta mineral yang berperan dalam pertumbuhan.

Makanan bayi juga menjadi perhatian ibu, dan makanan bayi harus sesuai dengan usia bayi dan memberikan makanan yang berbeda setiap hari. Pemberian menu makanan yang tidak bervariasi atau hampir sama setiap hari dapat mengakibatkan anak tidak mendapatkan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhannya. Kemenkes juga menjelaskan bahwa anak usia 0-6 bulan hanya diberikan ASI saja, pada usia 6-8 bulan anak tidak diberikan ASI saja tetapi disertai dengan makanan lumat, usia 9 dan 11 bulan ASI dan makanan lunak masih diberikan, dan pada usia 12 bulan – 23 bulan bayi tidak hanya diberi ASI tetapi juga diperbolehkan makan makanan keluarga.

Pola makan adalah cara mengatur jenis atau jumlah makanan sesuai dengan proporsi kebutuhan tubuh untuk menjaga kesehatan dan kebutuhan gizi serta mencegah penyakit (Kemenkes, 2018). Pengertian kebiasaan makan menurut Sulistyoningsih (2011) adalah tindakan atau perilaku seseorang untuk memenuhi kebutuhan pangannya, yang meliputi sikap, keyakinan dan pilihan makanan yang dibuatnya.

Sedangkan menurut Sulistyoningsih (2011), kebiasaan makan adalah bagaimana seseorang memilih atau mengonsumsi makanan, dengan implikasi psikologis, fisiologis, budaya dan sosial. Pola makan adalah suatu bentuk kebiasaan makan pribadi terhadap makanan tertentu yang dapat memberikan informasi tentang jenis, jumlah dan frekuensi konsumsi makanan tertentu yang dapat digunakan untuk menilai atau mengukur jenis makanan yang dikonsumsi. Informasi tersebut berguna untuk menilai apakah makanan orang tersebut telah memenuhi standar nilai gizi yang direkomendasikan.

Gizi yang tepat adalah pola makan yang seimbang, yaitu jumlah dan kuantitas makanan berdasarkan kebutuhan organisme atau prinsip variasi maupun ragam makanan yang dikonsumsi, aspek kebersihan makanan, derajat kesehatan fisik, termasuk tingkat aktifitas oleh seorang individu. Selain berat badan ideal setiap individu, juga menentukan nutrisi yang dibutuhkan individu. Zat gizi yang dikonsumsi individu diubah menjadi energi yang

digunakan untuk melakukan aktivitas sehari-hari dengan benar dan lancar (Almatsier, 2009).

Pola makan umumnya terdiri dari tiga komponen: jenis makan, frekuensi, dan kuantitas.

a. Jenis makan

Jenis makanan merupakan berbagai makanan yang diolah untuk menciptakan menu yang sehat dan seimbang. Jenis makanan harus bervariasi dan kaya akan zat gizi yang bermanfaat seperti karbohidrat, protein, vitamin, lemak dan mineral.

b. Frekuensi makan

Frekuensi makan adalah berapa kali sehari seseorang melakukan aktivitas, termasuk sarapan, makan siang, makan malam, atau makanan camilan. Frekuensi makan adalah jumlah makan per hari. Secara alami, makanan yang dikonsumsi manusia diproses di dalam tubuh melalui saluran pencernaan.

c. Jumlah makan

Jumlah makanan adalah jumlah porsi makanan yang dimakan. Jumlah dan jenis makanan sehari-hari adalah cara makan seorang anak ketika mengkonsumsi makanan yang mengandung asupan gizi. Frekuensi makan yang baik adalah tiga kali sehari, dengan snack pagi atau sore hari. Kebiasaan makan yang berlebihan menyebabkan obesitas dan kesehatan fisik yang buruk pada anak (Herianto dan Rombi, 2016).

Pola makan mempengaruhi angka stunting pada anak yang disebabkan oleh jarangya pemberian makan, ketidakpastian kualitas gizi makanan yang diberikan, penawaran makanan utuh, dan praktik pemberian makan yang tidak tepat. Praktik pemberian makan yang rendah mengakibatkan rendahnya asupan energi dan zat gizi yang dapat mempengaruhi pertumbuhan linier pada anak. Selain itu, anak tidak mendapat pasokan energi dan nutrisi yang seimbang sehingga mengganggu pertumbuhannya (Vonaesch *et al.*, 2017).

Pola makan harus mengandung energi yang cukup dan nutrisi lengkap seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral yang sesuai dengan usia anak. Makanan pendamping ASI harus divariasikan secara bertahap mulai dari bubur cair sampai bubur kental, sari buah, buah segar, makanan lumut, bubur hingga

makanan padat. Dari usia 1 hingga 2 tahun, makanan orang dewasa harus diperkenalkan secara bertahap dengan menu seimbang (Mosites *et al.*, 2017).



2.4 Pelayanan Kesehatan dan Sanitasi Lingkungan

Kebersihan yang baik mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Kebersihan dan keamanan pangan dapat meningkatkan risiko penyakit menular (Kemenkes, 2018). Kondisi lingkungan sanitasi yang buruk dapat memungkinkan berbagai bakteri masuk ke dalam tubuh dan menyebabkan berbagai penyakit seperti diare, parasit usus, demam, malaria, dan banyak penyakit lainnya. Infeksi dapat mengganggu penyerapan nutrisi, menyebabkan malnutrisi dan pertumbuhan terhambat.

2.5 Faktor Ekonomi

Pendapatan keluarga merupakan faktor yang berhubungan dengan stunting pada anak di bawah usia 5 tahun. Berdasarkan karakteristik pendapatan keluarga, krisis ekonomi merupakan salah satu penyebab utama yang mempengaruhi keterlambatan tumbuh kembang anak dan berbagai masalah gizi. Sebagian besar anak stunting berasal dari latar belakang ekonomi yang kurang mampu. Status ekonomi yang rendah mempengaruhi kemungkinan terjadinya insufisiensi dan kualitas pangan akibat rendahnya daya beli masyarakat. Kondisi ekonomi yang demikian membuat anak stunting sulit mendapatkan asupan gizi yang cukup, sehingga tidak dapat mengejar ketertinggalan dengan baik (Mary, 2018).

2.6 Faktor Sosial Budaya

Faktor sosial budaya dapat mempengaruhi terjadinya stunting pada anak. Beberapa budaya atau perilaku masyarakat yang berhubungan dengan masalah kesehatan, terutama gizi buruk pada anak, menentukan cara makan, penyajian, penyiapan, dan jenis makanan apa yang boleh dikonsumsi. Hal ini dapat mengganggu tabu tentang makan makanan tertentu. Upaya pencegahan perlu dilakukan melalui edukasi tentang pengaruh kebiasaan makan yang tidak benar dan perubahan perilaku untuk mencegah malnutrisi sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan dan mempertahankan kebiasaan baru dengan tetap menjaga pengendalian kebiasaan makan (Atmarita dan Zahraini, 2018).

2.7 Faktor Pendidikan

Pendidikan adalah tingkat akhir yang dicapai oleh seseorang, dimana pendidikan adalah sarana untuk bertindak secara ilmiah. Pendidikan merupakan salah satu faktor kunci yang mempengaruhi perkembangan gizi buruk, karena berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk menerima dan memahami sesuatu, karena tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kebiasaan konsumsi makanan melalui bagian dari sistem pangan pada balita. Pelatihan ibu muncul sebagai prediktor terkuat dari stunting, sebagai faktor keluarga yang dapat dimodifikasi, dengan hubungan yang kuat dan konsisten dengan gizi buruk (Hagos et al. 2017).

2.8 Faktor Lingkungan

Berkaitan dengan lingkungan, kebiasaan makan mempengaruhi pembentukan perilaku makan berupa lingkungan keluarga melalui promosi, media elektronik dan media cetak. Lingkungan rumah dan lingkungan sekolah akan menentukan pola makan mereka. Promosi iklan makanan juga akan menarik seseorang yang akan mempengaruhi konsumsi makanan tersebut sehingga dapat mempengaruhi kebiasaan makan seseorang (Atmarita dan Zahraini, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, I.S. and Yunianto, A.E. 2021. 'Hubungan Asupan Energi Dan Asupan Protein Dengan Kejadian Stunting Pada Balita (24-59 Bulan) Di Kelurahan Karanganyar Kecamatan Kawalu Kota Tasikmalaya', *Jurnal Kesehatan komunitas Indonesia*, 17(1), pp. 240–246.
- Almatsier, S. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT GRAMEDIA PUSTAKA.
- Atmarita and Zahraini, Y. 2018. *Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia, Kementerian Kesehatan RI*. Buletin Jendela Pusdatin Kemenkes RI.
- Herianto and Rombi, M. 2016. 'HUBUNGAN ANTARA FREKUENSI MAKAN DAN KEBIASAAN MAKAN DENGAN KEJADIAN (STUNTING) DI SDN 08 ANGATA KABUPATEN KONAWE SELATAN', *Jurnal Gizi Ilmiah*, 3(2), pp. 1–11.
- Kemenkes. 2018. *Cegah Stunting dengan Perbaikan Pola Makan, Pola Asuh dan Sanitasi, Kemenkes*. Available at: <http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/subdit-penyakit-diabetes-melitus-dan-gangguan-metabolik/cegah-stunting-dengan-perbaikan-pola-makan-pola-asuh-dan-sanitasi>.
- Kiik, S.M. and Nuwa, M.S. 2020. *Stunting dengan Pendekatan Framework WHO, CV. Gerbang Media Aksara*.
- Manggala, A.K. and Kenwa, K.W.M. 2018. 'Risk factors of stunting in children aged 24-59 months', *Paediatrica ...* [Preprint]. Available at: <https://paediatricaindonesiana.org/index.php/paediatrica-indonesiana/article/view/1850>.
- Mary, S. 2018. 'How much does economic growth contribute to child stunting reductions?', *Economies* [Preprint]. Available at: <https://www.mdpi.com/348860>.
- Mosites, E. *et al.* 2017. 'Piecing together the stunting puzzle: a framework for attributable factors of child stunting', *Paediatrics and ...* [Preprint]. doi:10.1080/20469047.2016.1230952.

- Rakotomanana, H., et.al. 2017. 'Determinants of stunting in children under 5 years in Madagascar', *Maternal & child ...* [Preprint]. doi:10.1111/mcn.12409.
- Sulistyoningsih, H. 2011. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Graha Ilmu.
- Vaivada, T. et al. 2020. 'Stunting in childhood: an overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline', ... *American journal of ...* [Preprint]. Available at: https://academic.oup.com/ajcn/article-abstract/112/Supplement_2/777S/5898920.
- Vonaesch, P. et al. 2017. 'Factors associated with stunting in healthy children aged 5 years and less living in Bangui (RCA)', *PLoS ...* [Preprint]. journals.plos.org. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182363>.

BAB 3

TATA LAKSANA PENANGANAN STUNTING

Oleh Susilo Wirawan

3.1 Pengertian

Setiap anak berhak untuk hidup, tumbuh, berkembang dan berpartisipasi secara wajar, mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Mereka juga berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, spiritual dan sosial, seperti tercantum dalam Undang-undang Perlindungan Anak Nomor 23 Tahun 2002. Semua pihak berperan dalam menciptakan lingkungan yang kondusif agar anak dapat mengembangkan potensi yang dimilikinya dan menjadi generasi berkualitas.

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Stunting mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan otak. Anak stunting juga memiliki risiko lebih tinggi menderita penyakit kronis di masa dewasanya. Bahkan, stunting dan malnutrisi diperkirakan berkontribusi pada berkurangnya 2-3% Produk Domestik Bruto (PDB) setiap tahunnya.

Stunting merupakan masalah gizi kronis yang dihadapi oleh negara berkembang. Indonesia memiliki target penurunan 14% pada gangguan pertumbuhan dan perkembangan mengikuti target yang ditetapkan oleh WHO yaitu sebesar 40% pada tahun 2024. (Siswati, 2022) Stunting adalah bentuk paling umum dari anak-anak gizi buruk di dunia, dan dialami oleh 161 juta anak berusia 0–5 tahun. Stunting telah terbukti berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas anak, penurunan fungsi kognitif, dan peningkatan risiko penyakit kronis di masa dewasa. WHO sebagai organisasi badan kesehatan dunia juga telah mengidentifikasinya sebagai prioritas utama bagi kesehatan global. (Ruvani, 2022)

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 (Riskesdas) 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.

Penurunan stunting memerlukan intervensi yang terpadu, mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Sejalan dengan inisiatif Percepatan Penurunan Stunting, pemerintah meluncurkan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden Nomor 42 tahun 2013 tentang Gernas PPG dalam kerangka 1.000 HPK. Selain itu, indikator dan target penurunan stunting telah dimasukkan sebagai sasaran pembangunan nasional dan tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 dan Rencana Aksi Nasional Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) 2017-2019.

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. Penurunan stunting ditetapkan sebagai program prioritas nasional yang harus dimasukkan ke dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP).

Untuk mendukung terintegrasinya pelaksanaan intervensi penurunan stunting di kabupaten/kota, maka buku pedoman ini disusun sebagai panduan bagi kabupaten/kota dalam melaksanakan 8 aksi integrasi yang akan memperkuat efektivitas intervensi penurunan stunting mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi. Selain itu, buku panduan ini dapat digunakan oleh provinsi dalam mengawal dan membina kabupaten/kota untuk melaksanakan intervensi penurunan stunting terintegrasi. (Bappenas, 2018)

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Kondisi gagal tumbuh pada anak balita disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu lama serta terjadinya infeksi berulang, dan kedua faktor penyebab ini dipengaruhi oleh pola asuh yang tidak memadai terutama dalam 1.000 HPK. Anak tergolong stunting apabila panjang atau tinggi badan menurut umurnya lebih rendah dari standar nasional yang berlaku. Standar dimaksud terdapat pada buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan beberapa dokumen lainnya.

Penurunan stunting penting dilakukan sedini mungkin untuk menghindari dampak jangka panjang yang merugikan seperti terhambatnya tumbuh kembang anak. Stunting mempengaruhi perkembangan otak sehingga tingkat kecerdasan anak tidak maksimal. Hal ini berisiko menurunkan produktivitas pada saat dewasa. Stunting juga menjadikan anak lebih rentan terhadap penyakit. Anak stunting berisiko lebih tinggi menderita penyakit kronis di masa dewasanya. Bahkan, stunting dan berbagai bentuk masalah gizi diperkirakan berkontribusi pada hilangnya 2-3% Produk Domestik Bruto (PDB) setiap tahunnya (Bappenas, 2018).

3.2 Penyebab Stunting

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan pada 2018 menemukan 30,8% mengalami stunting. Walaupun prevalensi stunting menurun dari angka 37,2% pada tahun 2013, namun angka stunting tetap tinggi dan masih ada 2 (dua) provinsi dengan prevalensi di atas 40%

Stunting merupakan sebuah penanda kekurangan gizi kronis yang mempengaruhi jutaan anak di seluruh dunia dan menimbulkan dampak yang besar serta risiko bagi kesehatan dan masa depan mereka. Misalnya, anak yang stunting dibandingkan dengan anak yang tidak stunting di mana memiliki angka kematian yang lebih tinggi dan lebih mungkin meninggal yang disebabkan karena penyakit infeksi lainnya. Stunting juga lebih mungkin mempengaruhi anak-anak yang terpapar infeksi, di rumah tangga

miskin dan di anak-anak dari ibu dengan pola makan yang buruk sebelum dan selama kehamilan. (Quamme, 2022)

Mengacu pada *"The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition"* 4, *"The Underlying Drivers of Malnutrition"* 5, dan *"Faktor Penyebab Masalah Gizi Konteks Indonesia"* 6 penyebab langsung masalah gizi pada anak termasuk stunting adalah rendahnya asupan gizi dan status kesehatan. Penurunan stunting menitikberatkan pada penanganan penyebab masalah gizi, yaitu faktor yang berhubungan dengan ketahanan pangan khususnya akses terhadap pangan bergizi (makanan), lingkungan sosial yang terkait dengan praktik pemberian makanan bayi dan anak (pengasuhan), akses terhadap pelayanan kesehatan untuk pencegahan dan pengobatan (kesehatan), serta kesehatan lingkungan yang meliputi tersedianya sarana air bersih dan sanitasi (lingkungan). Keempat faktor tersebut mempengaruhi asupan gizi dan status kesehatan ibu dan anak. Intervensi terhadap keempat faktor tersebut diharapkan dapat mencegah masalah gizi, baik kekurangan maupun kelebihan gizi (Bappenas, 2018)

Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan faktor keturunan. Penelitian Dubois, et.al pada tahun 2012 menunjukkan bahwa faktor keturunan hanya sedikit (4-7% pada wanita) mempengaruhi tinggi badan seseorang saat lahir. Sebaliknya, pengaruh faktor lingkungan pada saat lahir ternyata sangat besar (74-87% pada wanita). Hal ini membuktikan bahwa kondisi lingkungan yang mendukung dapat membantu pertumbuhan dan perkembangan anak.



Gambar 3.1 : Kerangka Penyebab Masalah Stunting di Indonesia
(Sumber: UNICEF 1997; IFPRI, 2016; BAPPENAS 2018)

Ibu hamil dengan konsumsi asupan gizi yang rendah dan mengalami penyakit infeksi akan melahirkan bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR), dan/atau panjang badan bayi di bawah standar. Asupan gizi yang baik tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga tetapi juga dipengaruhi oleh pola asuh seperti pemberian kolostrum (ASI yang pertama kali keluar), Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pemberian ASI eksklusif, dan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) secara tepat. Selain itu, faktor kesehatan lingkungan seperti akses air bersih dan sanitasi layak serta pengelolaan sampah juga berhubungan erat dengan kejadian infeksi penyakit menular pada anak.

Kehidupan anak sejak dalam kandungan ibu hingga berusia dua tahun (1.000 HPK) merupakan masa-masa kritis dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Faktor lingkungan yang baik, terutama di awal-awal kehidupan anak, dapat memaksimalkan potensi genetik (keturunan) yang dimiliki anak sehingga anak dapat mencapai tinggi badan optimalnya. Faktor lingkungan yang mendukung ditentukan oleh berbagai aspek atau sektor.

Penyebab tidak langsung masalah stunting dipengaruhi oleh berbagai faktor, meliputi pendapatan dan kesenjangan

ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian, dan pemberdayaan perempuan. Untuk mengatasi penyebab stunting, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup: (a) Komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan; (b) Keterlibatan pemerintah dan lintas sektor; dan (c) Kapasitas untuk melaksanakan. Gambar 3.2. menunjukkan bahwa penurunan stunting memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung. (Bappenas, 2018).

3.3 Upaya Penurunan Stunting

Analisis Situasi program pencegahan dan penurunan stunting adalah proses untuk mengidentifikasi sebaran prevalensi stunting dalam wilayah kabupaten/kota, situasi ketersediaan program, dan praktik manajemen layanan. Analisis Situasi dilakukan untuk memahami permasalahan dalam integrasi intervensi gizi spesifik dan sensitif pada sasaran rumah tangga 1.000 HPK. Hasil Analisis Situasi merupakan dasar perumusan rekomendasi kegiatan yang harus dilakukan untuk meningkatkan integrasi intervensi gizi bagi rumah tangga 1.000 HPK. (Bappenas, 2019)

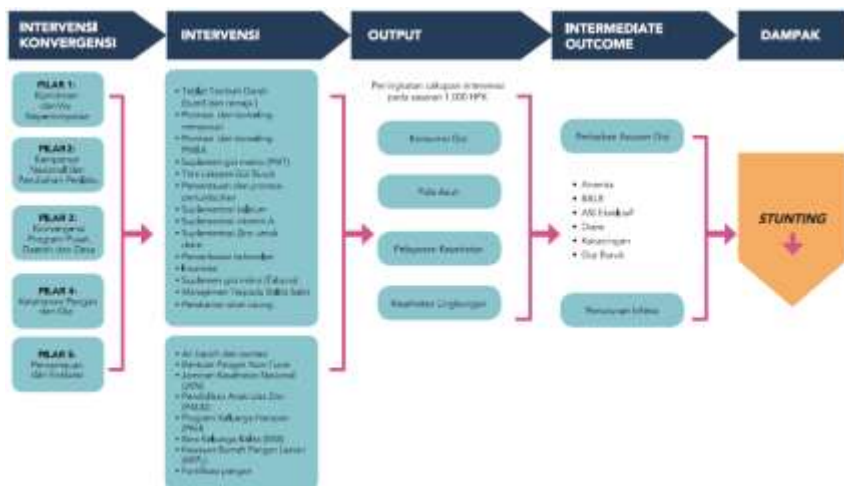
Upaya penurunan stunting dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk mengatasi penyebab tidak langsung. Selain mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup komitmen 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.

Penanganan stunting melalui intervensi spesifik dan intervensi sensitif juga dilakukan pada sasaran 1.000 hari pertama kehidupan seorang anak sampai berusia 6 tahun. Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 menyatakan bahwa Gerakan 1000 HPK terdiri dari intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi spesifik, adalah tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK.

Sedangkan intervensi sensitif adalah berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan. (Atikah, 2019)

Kerangka konseptual intervensi penurunan stunting terintegrasi di atas merupakan panduan bagi pemerintah kabupaten/kota dalam menurunkan kejadian stunting. Pemerintah kabupaten/kota diberikan kesempatan untuk berinovasi untuk menambahkan kegiatan intervensi efektif lainnya berdasarkan pengalaman dan praktik baik yang telah dilaksanakan di masing-masing kabupaten/kota dengan fokus pada penurunan stunting. Target indikator utama dalam intervensi penurunan stunting terintegrasi adalah:

- Prevalensi stunting pada anak baduta dan balita
- Persentase bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
- Prevalensi kekurangan gizi (underweight) pada anak balita
- Prevalensi wasting (kurus) anak balita
- Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif
- Prevalensi anemia pada ibu hamil dan remaja putri
- Prevalensi kecacingan pada anak balita
- Prevalensi diare pada anak baduta dan balita



Gambar 3.2 : Kerangka Konseptual Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi. (Sumber : BAPPENAS 2018)

Intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya stunting seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan. Intervensi spesifik ini umumnya diberikan oleh sektor kesehatan. Terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik:

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

Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan Holistik, Intergratif, Tematik, dan Spasial (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. Oleh karenanya, pelaksanaan intervensi akan difokuskan pada area kabupaten/kota atau desa tertentu. Pada tahun 2017, delapan kabupaten/kota dijadikan sebagai lokasi percontohan.

Selanjutnya, pada tahun 2018, sebanyak 100 kabupaten/kota dan 1.000 desa dijadikan area fokus pelaksanaan intervensi penurunan stunting terintegrasi. Pada tahun 2019, intervensi penurunan stunting terintegrasi direncanakan untuk dilaksanakan di 160 kabupaten/kota dan pada tahun 2020-2024 akan diperluas secara bertahap sampai mencakup seluruh kabupaten/kota. Penetapan lokasi ini akan dilakukan secara tahunan sesuai dengan yang ditetapkan dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP). (Bappenas, 2018)

3.4 Kebijakan Nasional 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.

Penyusunan dan implementasi rencana aksi pangan dan gizi dalam bentuk Rencana Aksi Pangan dan Gizi Daerah (RAD-PG) sedang berlangsung di provinsi dan kabupaten/kota. Sebagai panduan dalam mengintegrasikan pembangunan pangan dan gizi, pemerintah telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 83 tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi yang selanjutnya diikuti penetapan Peraturan Menteri PPN/Kepala Bappenas Nomor 1 Tahun 2018 tentang Pedoman Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi yang menetapkan RAN-PG, Pedoman Penyusunan RAD-PG, dan Pedoman Pemantauan dan Evaluasi RAN/RAD-PG.

Selain itu, pemerintah telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 59 tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB). Upaya percepatan perbaikan gizi merupakan bagian dari TPB tujuan dua yaitu mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan nutrisi yang lebih baik dan mendukung pertanian berkelanjutan. Stunting telah ditetapkan sebagai prioritas nasional dalam dokumen perencanaan dan TPB. Adapun strategi percepatan perbaikan gizi dalam dokumen perencanaan RPJMN 2015-2019 adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan surveilans gizi termasuk pemantauan pertumbuhan
2. Peningkatan akses dan mutu paket pelayanan kesehatan dan gizi dengan fokus utama pada 1.000 HPK (ibu hamil hingga anak usia 2 tahun), balita, remaja, dan calon pengantin
3. Peningkatan promosi perilaku masyarakat tentang kesehatan, gizi, sanitasi, higiene, dan pengasuhan

4. Peningkatan peran masyarakat dalam perbaikan gizi termasuk melalui Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat/UKBM (Posyandu dan Pos PAUD)
5. Penguatan pelaksanaan, dan pengawasan regulasi dan standar gizi.
6. Pengembangan fortifikasi pangan
7. Penguatan peran lintas sektor dalam rangka intervensi sensitif dan spesifik yang didukung oleh peningkatan kapasitas pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam pelaksanaan rencana aksi pangan dan gizi

Sasaran pokok dan arah kebijakan RPJMN 2015-2019 tersebut di atas selanjutnya telah diterjemahkan ke dalam perencanaan dan penganggaran tahunan (Rencana Kerja Pemerintah/RKP) dimana percepatan perbaikan gizi masyarakat telah menjadi agenda prioritas dalam mulai RKP tahun 2015, 2016, 2017, dan 2018. Pada RKP 2018, pembangunan kesehatan difokuskan pada tiga program prioritas mencakup: (a) peningkatan kesehatan ibu dan anak; (b) pencegahan dan pengendalian penyakit; dan (c) penguatan promotif dan preventif “Gerakan Masyarakat Hidup Sehat”. Perbaikan kualitas gizi ibu dan anak menjadi salah satu kegiatan prioritas pada program prioritas peningkatan kesehatan ibu dan anak yang dilaksanakan secara lintas sektor.

3.5 Konvergensi Pencegahan Stunting

Konvergensi merupakan sebuah pendekatan intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terpadu, dan bersama-sama kepada target sasaran wilayah geografis dan rumah tangga prioritas untuk mencegah stunting. Pencegahan stunting akan berhasil apabila kelompok sasaran prioritas mendapatkan layanan secara simultan. Oleh karena itu, konvergensi perlu segera dilakukan untuk mempercepat upaya pencegahan stunting.

Konvergensi layanan intervensi pencegahan stunting membutuhkan keterpaduan proses perencanaan, penganggaran, dan pemantauan program pemerintah secara lintas sektor untuk memastikan tersedianya setiap layanan intervensi kepada rumah

tangga 1.000 HPK. Proses konvergensi membutuhkan pendekatan perubahan perilaku lintas sektor agar layanan layanan tersebut digunakan oleh sasaran rumah tangga 1.000 HPK. (Bappenas, 2018)

3.5.1 Arti Penting Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa

Konvergensi pencegahan stunting di desa sangat penting dilakukan, karena:

1. Banyak potensi dan peluang program dan kegiatan dari lintas sektor terkait pencegahan stunting di desa yang belum terkonsolidasi pola kerja dan kepentingannya dengan baik
2. Belum efektifnya pembagian peran dan pengelolaan kinerja setiap kader desa yang berorientasi pada rencana aksi desa khususnya yang terkait dengan pencegahan stunting
3. Desa belum memiliki sistem pengelolaan database stunting serta pemantauan rutin layanan secara partisipatif untuk memastikan efektivitas layanan yang berkualitas bagi setiap sasaran
4. Desa memiliki peran penting dalam pencegahan stunting melalui kewenangan desa sebagai implementasi atas UU Desa.

3.5.2 Prasyarat Perwujudan Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa

Upaya mewujudkan konvergensi pencegahan stunting di desa mempersyaratkan adanya :

1. Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Desa mengelola pelaksanaan program/kegiatan layanan intervensi gizi spesifik dan sensitif secara terpadu dan terintegrasi sesuai dengan kewenangannya masing-masing
2. Pemberian 5 (lima) paket layanan pencegahan stunting kepada semua sasaran rumah tangga 1.000 HPK
3. Kepastian diterimanya 5 (lima) paket layanan pencegahan stunting oleh semua sasaran rumah tangga 1.000 HPK.

3.5.3 Tanggung Jawab Pemerintah Desa dalam Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa

Pemerintah desa bertanggung jawab dalam mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan konvergensi pencegahan stunting di tingkat desa yang dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Melakukan konvergensi dalam perencanaan dan penganggaran program dan kegiatan pembangunan desa untuk mendukung pencegahan stunting
2. Memastikan setiap sasaran prioritas menerima dan memanfaatkan paket layanan intervensi gizi prioritas
3. Memperkuat pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kepada seluruh sasaran prioritas serta mengkoordinir pendataan sasaran dan pemutakhiran data cakupan intervensi secara rutin. (PPMD, 2018)

3.5.4 Pelaku Konvergensi

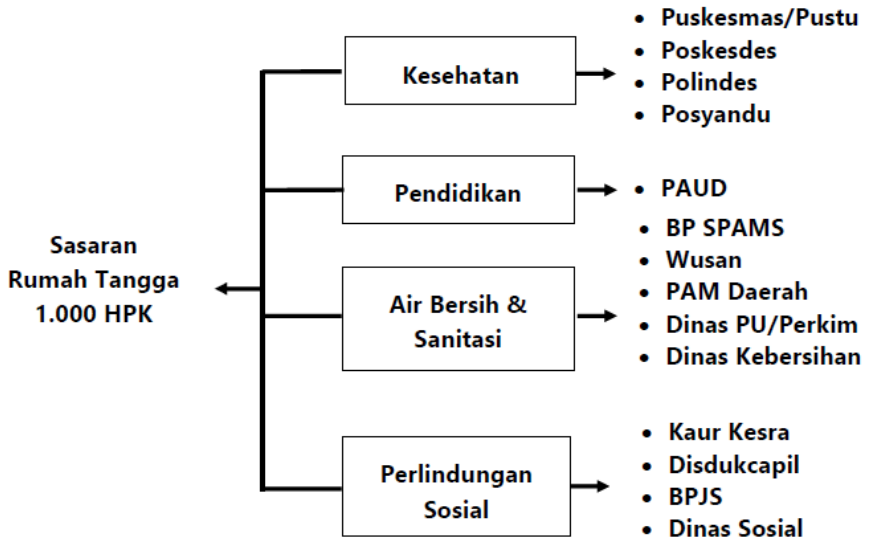
Efektivitas konvergensi pencegahan stunting di desa ditentukan oleh kapasitas, peran aktif dan pola kerjasama yang dibangun antar pelaku di tingkat desa dan antar desa, baik individu maupun lembaga, sesuai fungsi dan kewenangannya. Untuk menjelaskan fungsi dari setiap pelaku yang terlibat dalam konvergensi pencegahan stunting di desa maka dapat dibagi dalam 3 (tiga) kategori, yaitu: (a) pelaku penyedia layanan, (b) pelaku pengambil keputusan, dan (c) pelaku pelaksana kegiatan. Uraian 3 (tiga) kategori dimaksud, sebagaimana gambar berikut:

| ANTAR DESA | DESA |
|---|--|
| PENGAMBIL KEPUTUSAN | |
| <ul style="list-style-type: none"> • CAMAT • BKAD | <ul style="list-style-type: none"> • KEPALA DESA • BPD |
| PENYEDIA LAYANAN | |
| <ul style="list-style-type: none"> • PUSKESMAS • UPT PENDIDIKAN • OPD/SEKTORAL | <ul style="list-style-type: none"> • POSKESDES • POLINDES • PAUD • POSYANDU |
| PELAKSANA KEGIATAN | |
| <ul style="list-style-type: none"> • PENDAMPING DESA • TENAGA UPTD; PENILIK PAUD, DOKTER, AHLI GIZI, PENYULUH PERTANIAN, PL KB • PENDAMPING PROGRAM SEKTORAL; PAMSIMAS, SANIMAS, PKH, KRPL, DLL • PSM • LSM, MEDIA, AKADEMISI, SWASTA • POKJANAL POSYANDU • PKG PAUD | <ul style="list-style-type: none"> • PERANGKAT DESA • POKJA & KADER POSYANDU • PENGELOLA & PENDIDIK PAUD • PLD • KARANG TARUNA • KELOMPOKAGAMA • KELOMPOK KELUARGA • KELOMPOK PEREMPUAN • KPMD • KPM • TP PKK |

Gambar 3.3 : Klasifikasi Pelaku Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa. (Sumber : Dirjen Pembangunan dan Pemberdayaan Masy Desa, 2018)

3.5.5 Penyedia Layanan Pencegahan Stunting

Penyedia layanan merupakan sarana pemenuhan kebutuhan layanan yang dapat dengan mudah diakses oleh sasaran 1.000 HPK. Fungsi penyedia layanan sangat penting untuk memastikan ketersediaan layanan yang berkualitas dan menjadi tumpuan masyarakat sasaran dalam pencegahan stunting. Adapun rincian penyedia layanan sesuai kebutuhan pencegahan stunting bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK sebagaimana gambar berikut :



Gambar 3.4 : Jenis Penyedia Layanan Pencegahan *Stunting* Desa
(Sumber : Dirjen Pembangunan dan Pemberdayaan Masy Desa, 2018)

Apabila dilihat dari aksesibilitas dan keterlibatan masyarakat dalam pemenuhan kebutuhan pencegahan stunting secara langsung, maka penyedia layanan dapat dibagi dalam 2 (dua) kategori sebagai berikut :

- Teknis Sektoral; yakni penyedia layanan yang bertumpu pada dukungan teknis dari pelaku sektoral dan bertanggungjawab penuh terhadap penyediaan layanan, contohnya Puskesmas dan Puskesmas Pembantu.
- Berbasis Masyarakat; yakni penyedia layanan yang mengkolaborasikan peran penyedia layanan teknis sektoral dengan peran aktif masyarakat selaku pelaku utama pembangunan, yaitu: Posyandu, PAUD dan Kelompok Keluarga. Sasaran pemantauan layanan konvergensi pencegahan stunting di Desa dilakukan melalui 3 kelembagaan/kelompok tersebut.

Pengembangan kegiatan dan layanan pada Posyandu, PAUD dan Kelompok Keluarga seiring dengan Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) yang harus dilakukan secara terpadu. (PPMD, 2018)

3.5.6 Paket Intervensi Layanan Pencegahan Stunting

Dalam rangka mempermudah fasilitasi konvergensi pencegahan stunting di tingkat desa, maka kegiatan-kegiatan intervensi spesifik maupun sensitif bagi sasaran rumah tangga 1.000 HPK sebagaimana di atas dikelompokkan dalam 5 (lima) paket layanan intervensi sebagai berikut:

1. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
2. Konseling Gizi Terpadu
3. Air Bersih dan Sanitasi
4. Perlindungan Sosial
5. Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).

Selanjutnya dalam setiap paket layanan tersebut ditetapkan indikator-indikator yang akan dipantau untuk memastikan sasaran 1000 HPK mendapatkan layanan intervensi yang sesuai. Proses pemantauan akan dilakukan dengan menggunakan *score card* atau formulir penilaian konvergensi Desa. (PPMD, 2018)

Namun demikian, dalam fasilitasi ini juga memperhatikan kegiatan intervensi sensitif dan spesifik lainnya, seperti ASI eksklusif, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), perilaku hidup bersih dan sehat, peningkatan akses pangan dan lain-lain. Indikator-indikator pemantauan pada 5 (lima) paket layanan pencegahan stunting yang harus didukung oleh pelaku lintas sektor dalam konvergensi pencegahan stunting di desa sebagaimana Tabel 6.1 berikut :

Tabel 3.1 : Indikator Pemantauan Layanan

| PAKET LAYANAN | NO | INDIKATOR PEMANTAUAN |
|----------------------------------|----|--|
| KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) | 1 | Ibu hamil diperiksa oleh bidan, minimal 4 kali pemeriksaan selama masa kehamilan sesuai trimester kehamilan |
| | 2 | Ibu hamil mendapatkan minimal 90 butir pil Fe (tablet penambah darah) sejak pertama kali diketahui hamil |
| | 3 | Ibu yang melahirkan (termasuk bayinya) mendapatkan perawatan nifas dari bidan atau dokter, minimal 3 kali perawatan dalam waktu 42 hari setelah proses persalinan |
| | 4 | Anak usia 0-12 bulan mendapatkan pemberian imunisasi dasar lengkap. |
| | 5 | Anak usia 0-23 bulan diukur berat badannya setiap bulan |
| | 6 | Anak usia 0-23 bulan diukur panjang/tinggi badannya oleh tenaga kesehatan terlatih minimal 2 kali dalam setahun |
| KONSELING GIZI TERPADU | 7 | Orang tua/pengasuh yang memiliki anak usia 0-23 bulan mengikuti kegiatan konseling gizi setiap bulan sekali |
| | 8 | Ibu hamil dengan kondisi resiko tinggi dan/atau Kekurangan Energi Kronis (KEK), anak usia 0-23 bulan dengan kondisi gizi buruk, gizi kurang, dan <i>stunting</i> mendapat kunjungan ke rumah secara terpadu oleh bidan dan atau petugas kesehatan minimal 1 bulan sekali |
| SANITASI DAN AIR BERSIH | 9 | Rumah Tangga yang ada ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan memiliki akses air minum yang layak |
| | 10 | Rumah Tangga yang ada ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan memiliki jamban keluarga |
| PERLINDUNGAN SOSIAL | 11 | Anak usia 0-23 bulan memiliki akte kelahiran |
| | 12 | Rumah tangga yang ada ibu hamil dan anak usia 0-23 bulan memiliki jaminan layanan kesehatan |
| PENDIDIKAN ANAK USIA DINI (PAUD) | 13 | Anak usia 0-23 bulan beserta orangtua/pengasuh mengikuti kegiatan kelas pengasuhan pada layanan dasar di Desa minimal sebulan sekali |
| | 14 | Anak usia 2-6 tahun terdaftar dan aktif mengikuti layanan PAUD |

3.5.7 Konvergensi Pencegahan Stunting

Keterpaduan konvergensi pencegahan stunting di desa mempersyaratkan hal-hal sebagai berikut :

1. Keterpaduan indikator pemantauan layanan kementerian/ lembaga non kementerian yang bertanggung jawab terhadap

pencegahan stunting telah menyepakati indikator pemantauan 5 (lima) paket layanan pencegahan stunting di desa

2. Keterpaduan Data

Keterpaduan data pencegahan stunting di desa sekurang-kurangnya meliputi : Data kondisi penyedia layanan, data sasaran, data prioritas masalah. Pengambilan data sekunder dapat menggunakan sumber data, antara lain : profil desa, Sistem Informasi Pembangunan Berbasis Masyarakat (SIPBM), dan Siskeudes. Data yang dipakai di dalam analisis kebutuhan dan penyusunan kegiatan pencegahan stunting di desa merupakan satu-satunya data yang dimanfaatkan oleh para pemangku kepentingan dalam konvergensi pencegahan stunting di desa.

3. Terintegrasi dalam Sistem Perencanaan Pembangunan dan Anggaran Desa

Perencanaan program/kegiatan pencegahan stunting di desa, merupakan bagian dari sistem perencanaan pembangunan dan anggaran desa sesuai dengan ketentuan perundang-undangan tentang desa.

4. Terintegrasi dengan Program Masuk Desa

Berbagai program/kegiatan pembangunan yang masuk desa, khususnya yang terkait dengan pencegahan stunting diintegrasikan melalui mekanisme konvergensi pencegah- an stunting di kabupaten/kota.

3.5.8 Keterpaduan Kelompok Peduli Stunting

Pegiat pemberdayaan masyarakat dan pelaku pembangunan di desa yang peduli terhadap upaya percepatan pencegahan stunting di desa, memadukan aktivitasnya melalui Rumah Desa Sehat.

6.5.9 Swakelola oleh Penyedia Layanan di Desa

Program/kegiatan pencegahan stunting di desa yang merupakan bagian dari kewenangan desa wajib diswakelola oleh penyedia layanan kesehatan dan pendidikan di desa, yaitu antara lain: Posyandu, PAUD, Polindes, dan Poskesdes. Khusus untuk pembangunan sarana dan prasarana kesehatan dan pendidikan sebagai bagian dari kewenangan desa, dikelola oleh Tim Pelaksana Kegiatan (TPK). (PPMD, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Atikah. 2019. *Study Guide : Stunting dan Upaya Pencegahannya.* Yogyakarta: CV. Mine, p. 112.
- Bappenas. 2018. 'Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Stunting di kabupaten/Kota.' Jakarta: Bappenas, pp. 1-3.
- Bappenas. 2019. 'Petunjuk Teknis Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota.' Jakarta: Bappenas, p. 3.
- PPMD. 2018. 'Panduan Fasilitasi Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa.' Jakarta: Dirjen Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa, pp. 10-15.
- Quamme, H. 2022. 'Prevalence of child stunting in Sub-Saharan Africa and its risk factors.' Norway: *Clinical Nutrition Open Science* (Elsevier), p. 1. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2022.01.009>.
- Ruvani. 2022. 'Measuring the impacts of maternal child marriage and maternal intimate partner violence and the moderating effects of proximity to conflict on stunting among children under 5 in post-conflict Sri Lanka.' USA: *SSM - Population Health* (Elsevier), p. 1. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101074>.
- Siswati. 2022. 'Effect of a Short Course on Improving the Cadres' Knowledge in the Context of Reducing Stunting through Home Visits in Yogyakarta, Indonesia.' Basel, Switzerland: *International Journal of Environmental and Public Health*, p. 1. doi: *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 9843. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169843>.

BAB 4

STRATEGI MENCEGAH *STUNTING*

Oleh Laeli Nur Hasanah

4.1 Pendahuluan

Setiap negara di dunia ini masih mengalami masalah gizi. Indonesia menjadi salah satu negara yang masih memiliki *triple burden* masalah gizi, yakni kekurangan kalori dan protein, kekurangan zat gizi mikro dan kelebihan kalori yang belum terselesaikan (de Onis and Branca, 2016). Hasil Studi Status Gizi RI Tahun 2021 melaporkan prevalensi gizi bayi yang mengalami gizi kurang sebesar 17 % dan *stunting* sebesar 24.4 % (SSGI, 2021). Prevalensi balita yang mengalami kegemukan pada tahun 2021 sebanyak 3.8 % dan orang dengan usia lebih 18 tahun sebesar 28.9% mengalami obesitas pada tahun 2018. Prevalensi anemia pada ibu hamil sebesar 48.9% pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

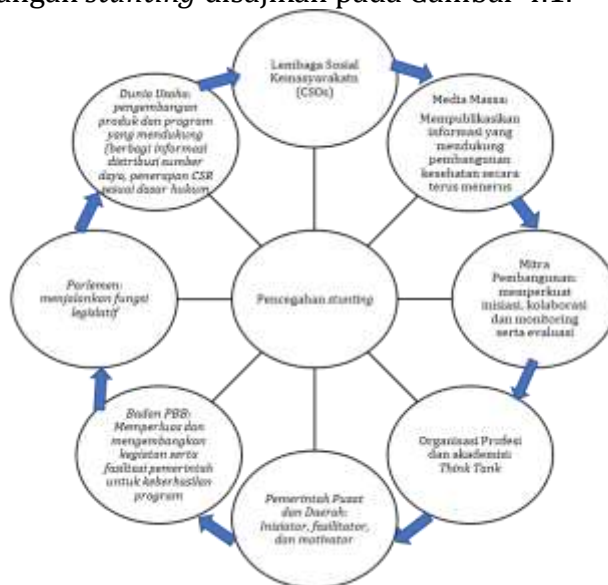
Kondisi *stunting* atau gagal tumbuh pada anak balita ini disebabkan oleh kekurangan gizi kronis. *Stunting* ditandai dengan ciri-ciri fisik anak memiliki tinggi badan yang lebih pendek untuk usianya. Anak tampak kondisi fisik lebih pendek setelah usia dua tahun (Rasmaniar; *et al.*, 2021). Kondisi *stunting* disebabkan oleh kekurangan gizi kronis sejak bayi dalam kandungan dan pada saat awal kehidupan setelah lahir (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

Stunting disebabkan oleh berbagai faktor yakni penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung anak *stunting*, yaitu asupan gizi yang kurang dan adanya penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung *stunting* adalah praktik pengasuhan yang kurang baik, layanan kesehatan ibu selama hamil yang terbatas, akses rumah tangga terhadap makanan bergizi, akses air bersih dan sanitasi yang masih kurang (Renyonet *et al.*, 2016; Beal *et al.*, 2018; De Silva and Sumarto, 2018; Nardina *et al.*, 2021). Oleh karena itu, dalam upaya pencegahan dan penanganannya perlu melibatkan berbagai sektor (Tim Indonesiabaik.id, 2019; Kementerian Kesehatan Republik

Indonesia, 2020; Trisutrisno *et al.*, 2022). Selain itu, perlu intervensi utama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan anak balita serta berbagai sektor yang mendukung percepatan penurunan *stunting* yakni aksi intervensi gizi spesifik dan sensitif.

4.2 Strategi Pencegahan *Stunting*

Stunting disebabkan oleh faktor multidimensi yang membutuhkan penanganan multisektor (Satriawan, 2018; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020; Tampubolon, 2020). Wujud sinergitas multi-aktor dan peran *stakeholder* dalam penanggulangan *stunting* disajikan pada Gambar 4.1.



Gambar 4.1 : Sinergitas multi-aktor dan peran *stakeholder* dalam penanggulangan *stunting*

Stunting dapat dicegah melalui pemberian gizi yang optimal pada 1000 Hari Pertama Kehidupan. 1000 HPK dimulai sejak pembuahan hingga anak berusia dua tahun. Pemberian gizi yang optimal pada 1000 HPK dapat mencegah berbagai penyakit, mengoptimalkan pertumbuhan otak, potensi tinggi badan dan berat badan yang potensial pada saat kehamilan. Sedangkan pada anak yang baru lahir hingga anak berusia dua tahun, gizi yang optimal akan menunjang pencapaian tinggi badan dan berat badan

yang optimal. Oleh karena itu, komponen utama penanggulangan *stunting* dapat diupayakan dengan 3 hal, yaitu pola asuh, pola makan dan akses air bersih dan sanitasi.

Dalam upaya gerakan global (*Scaling Up Nutrition*) (SUN), maka pemerintah RI merancang dua jenis intervensi *stunting*, yaitu intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif (TNP2K RI, 2017).

Intervensi gizi spesifik yaitu intervensi penurunan *stunting* yang ditujukan untuk perbaikan gizi anak dalam usia 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Intervensi ini umumnya dilakukan pada sektor kesehatan, bersifat jangka pendek dimulai masa kehamilan hingga balita serta berkontribusi terhadap penurunan *stunting* sebesar 30%. Jenis intervensi spesifik meliputi:

- a. Intervensi gizi untuk ibu hamil.

Intervensi ini dilakukan dengan memberikan makanan tambahan (PMT) ibu hamil yang bertujuan untuk mengatasi ibu hamil kekurangan energi dan protein kronis, kekurangan zat besi dan folat, kekurangan iodium, mengatasi ibu hamil yang mengalami cacingan dan mencegah ibu hamil mengalami malaria.

- b. Intervensi gizi untuk ibu menyusui dan anak usia 0 sampai 6 bulan.

Intervensi ini dilakukan dengan cara mendorong ibu baru melahirkan untuk melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) terutama mempersembahkan kolostrum dan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama.

- c. Intervensi gizi untuk ibu menyusui dan anak usia 7 sampai 23 bulan.

Intervensi gizi dilakukan dengan mendorong usia ibu untuk tetap memberikan ASI hingga anak 23 bulan. Selain itu, pada intervensi ini mendorong pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) setelah anak berusia lebih dari 6 bulan. Intervensi juga dilakukan mempersembahkan karya lengkap pada anak, menyediakan obat cacing, pemberian suplementasi zink, menyediakan fortifikasi zat besi pada makanan, melakukan perlindungan pada penyakit seperti malaria dan diare.

Intervensi gizi sensitif adalah intervensi yang dilakukan untuk sasaran masyarakat umum dan kegiatannya dilakukan di luar sektor kesehatan. Intervensi ini dilakukan dengan cara berkolaborasi dengan lintas sektor yang berkaitan dengan masalah stunting serta berkontribusi sekitar 70%. Beberapa kegiatan termasuk intervensi gizi spesifik, yaitu sebuah ;

- a. Peningkatan penyediaan akses sanitasi
- b. Peningkatan penyediaan air bersih dan aman
- c. Penyediaan akses pelayanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB)
- d. Penyediaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- e. Penyediaan pendidikan pengasuhan orang tua
- f. Penyediaan pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)
- g. Melakukan pendidikan gizi masyarakat
- h. Peningkatan ketahanan pangan dan gizi
- i. Penyediaan bantuan dan jaminan sosial untuk keluarga miskin

Tabel 4.1 : Intervensi Gizi Spesifik

| Kelompok Sasaran | Intervensi Prioritas | Intervensi Penting | Intervensi sesuai kondisi |
|--|---|---|---|
| Intervensi gizi dengan sasaran prioritas | | | |
| Ibu hamil | <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin • Suplementasi tablet tambah darah | <ul style="list-style-type: none"> • Suplementasi kalsium • Pemeriksaan kehamilan | <ul style="list-style-type: none"> • Perlindungan dari malaria • Pencegahan HIV |
| Ibu Menyusui | <ul style="list-style-type: none"> • Promosi dan konseling menyusui • Promosi dan konseling pemberian makanan bayi dan anak (PMBA) • Tata laksana gizi buruk akut • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang akut • Pemantauan pertumbuhan | <ul style="list-style-type: none"> • Suplementasi kapsul vitamin A • Suplementasi taburia • Imunisasi • Suplementasi zinc untuk pengobatan diare • Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) | <ul style="list-style-type: none"> • Pencegahan kecacingan |
| Intervensi spesifik dengan sasaran penting | | | |
| Remaja dan wanita usia subur | <ul style="list-style-type: none"> • Suplementasi tablet tambah darah | | |

| Kelompok Sasaran | Intervensi Prioritas | Intervensi Penting | Intervensi sesuai kondisi |
|-------------------------|---|---|---|
| Anak 24-59 bulan | <ul style="list-style-type: none"> • Tata laksana gizi buruk akut • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang akut • Pemantauan pertumbuhan | <ul style="list-style-type: none"> • Suplementasi kapsul vitamin A • Suplementasi taburia • Imunisasi • Suplementasi zinc untuk pengobatan diare • Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) | <ul style="list-style-type: none"> • Pencegahan kecacingan |

Tabel 4.2 : Intervensi Gizi Sensitif

| 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 akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan | <ul style="list-style-type: none">• Akses pelayanan Keluarga Berencana (KB)• Akses Jaminan Kesehatan (JKN)• Akses bantuan uang tunai untuk keluarga kurang mampu |
| 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 orang tua• Akses Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) dan pemantauan tumbuh=kembang anak• Penyediaan konseling kesehatan dan reproduksi untuk remaja• Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak |
| Peningkatan akses pangan bergizi | <ul style="list-style-type: none">• Akses bantuan pangan non tunai (BPNT) untuk keluarga kurang mampu• Akses fortifikasi bahan pangan utama (garam, tepung terigu dan minyak goreng)• Akses kegiatan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)• Penguatan regulasi mengenai label pangan dan iklan pangan |

4.3 Pilar Penanganan *Stunting*

Dalam upaya aksi intervensi *stunting* maka membutuhkan lima pilar penanganan *stunting*, yaitu:

a. Pilar 1: komitmen dan visi Pimpinan Tertinggi Negara.

Pilar ini membutuhkan komitmen presiden/wakil presiden dalam mengarahkan semua sektor baik di pusat dan daerah. Pimpinan tinggi negara menetapkan strategi dan kebijakan serta target secara pusat dan daerah. Pengalaman baik internasional menunjukkan pentingnya kepemimpinan tingkat tinggi untuk menurunkan prevalensi *stunting* seperti Peru yang mampu menurunkan prevalensi *stunting* dari 28.5% pada

tahun 2007 menjadi 14.4% pada tahun 2015. Pada negara Brazil selama kurun waktu 30 tahun mampu menurunkan prevalensi *stunting* dari 37% menjadi 7%.

- b. **Pilar 2: Kampanye Nasional Yang Berfokus Pada Peningkatan Pemahaman, Perubahan Perilaku, Komitmen Politik Dan Akuntabilitas.** Pilar ini dilakukan dengan kampanye menggunakan media massa, komunikasi keluarga serta melakukan advokasi yang berkelanjutan. Tujuan dari kampanye ini adalah meningkatkan kesadaran dan mengubah perilaku masyarakat untuk mencegah *stunting* pada 1000 HPK.
- c. **Pilar 3: Konvergensi, Koordinasi, Dan Konsolidasi Program Nasional, Daerah Dan Masyarakat.** Pilar ini dilakukan dengan memperkuat konvergensi, koordinasi, konsolidasi serta memperluas cakupan program yang dilakukan oleh berbagai sektor dan lembaga yang terkait. Pada pilar ini dilakukan dengan mengoptimalkan pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) dan Dana Desa untuk mengarahkan pengeluaran daerah hingga desa ke intervensi prioritas *stunting*.
- d. **Pilar 4: Mendorong kebijakan "Food Nutritional Security".** Pilar ini memiliki beberapa fokus, yaitu a) mendorong kebijakan untuk memastikan dan menyediakan akses pangan yang bergizi, khususnya pada daerah-daerah yang memiliki prevalensi *stunting* tinggi, b) melakukan rencana fortifikasi bio-energi, c) mencegah dan mengurangi kontaminasi pangan, d) melakukan pemberian makanan tambahan, e) melakukan investasi melalui kemitraan dengan dunia usaha, dana desa dan lain sebagainya.
- e. **Pilar 5: Pemantauan dan Evaluasi.** Pilar ini melakukan pemantauan terhadap kampanye nasional, pemahaman serta perubahan perilaku dari hasil kampanye nasional *stunting*. Pemantauan dan evaluasi perlu dilakukan secara berkala agar memastikan pemberian dan kualitas layanan program intervensi *stunting*, pengukuran dan publikasi secara berkala hasil intervensi *stunting* dan perkembangan anak setiap tahun untuk kebutuhan akuntabilitas, penganggaran dan perencanaan berbasis hasil program pusat dan daerah serta pengendalian program intervensi *stunting*.

DAFTAR PUSTAKA

- Beal, T. *et al.* 2018. 'A review of child stunting determinants in Indonesia', *Maternal and Child Nutrition*, 14(4), pp. 1–10. doi: 10.1111/mcn.12617.
- Ichsan Trisutrisno, Hasnidar, S. A. L. *et al.* 2022. *Pendidikan dan Promosi Kesehatan, Yayasan Kita Menulis*. Yayasan Kita Menulis.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. 'Rencana Aksi Kegiatan', *Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Makassar*, pp. 1–43.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2021. 'Laporan Kinerja Kementrian Kesehatan Tahun 2020', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2021*, pp. 1–224.
- Kementrian Kesehatan RI. 2020. *Standar Antropometri Anak*. Indonesia:
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/152505/permenkes-no-2-tahun-2020>. Available at:
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/152505/permenkes-no-2-tahun-2020>.
- Nardina, E. A. *et al.* 2021. *Tumbuh Kembang Anak, Yayasan Kita Menulis*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- de Onis, M. and Branca, F. 2016. 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal and Child Nutrition*, 12, pp. 12–26. doi: 10.1111/mcn.12231.
- Rasmaniar; *et al.* 2021. *Pengantar Kesehatan dan Gizi, Yayasan Kita Menulis*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- 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.
- Satriawan, E. 2018. 'Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024 (National Strategy for Accelerating Stunting Prevention 2018-2024)', *Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia*, (November), pp. 1–32. Available at: <http://tnp2k.go.id/filemanager/files/Rakornis2018/Sesi>

- 1_01_RakorStuntingTNP2K_Stranas_22Nov2018.pdf.
- De Silva, I. and Sumarto, S. 2018. 'Child Malnutrition in Indonesia: Can Education, Sanitation and Healthcare Augment the Role of Income?', *Journal of International Development*, 30(5), pp. 837–864. doi: 10.1002/jid.3365.
- SSGI, S. S. G. I. 2021. 'Studi Status Gizi Indonesia berdasarkan SSGI 2021', *kementrian PPN/Bappenas*, pp. 1–14.
- Tampubolon, D. 2020. 'Kebijakan Intervensi Penanganan Stunting Terintegrasi', *Jurnal Kebijakan Publik*, 11(1), p. 25. doi: 10.31258/jkp.11.1.p.25-32.
- Tim Indonesiabaik.id. 2019. *Bersama Perangi Stunting*, Direktorat Jenderal Informasi dan Komunikasi Publik Kementerian Komunikasi dan Informatika. Available at: <http://indonesiabaik.id/public/uploads/post/3444/Booklet-Stunting-09092019.pdf>.
- TNP2K RI. 2017. '100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)'.

BAB 5

PERAN KELUARGA DALAM MENCEGAH DAN MENGATASI STUNTING

Oleh Idris

5.1 Pendahuluan

Keluarga berperan penting dalam mencegah stunting di semua tahap kehidupan. Mulai dari janin dalam kandungan, bayi, balita, remaja, orang yang sudah menikah, ibu hamil, dll. Hal ini mendukung upaya pemerintah untuk memerangi stunting di Indonesia.

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat dan terdiri dari suami istri, atau suami, istri dan anak, ayah dan anak, atau ibu dan anak. Pemahaman tersebut tertuang dalam Bab 1, Pasal 1, Ayat 6 Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Kependudukan dan Pembangunan Keluarga dan Bab 1 Keputusan Nomor 87 Tahun 2014 tentang Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana dan Sistem Informasi Keluarga.

Berdasarkan pengertian tersebut, keluarga dipandang sebagai unit sosial terkecil yang berfungsi sebagai tempat perlindungan dan tempat tinggal bagi para anggotanya. Keluarga juga merupakan sekelompok orang dalam suatu unit atau entitas yang hidup bersama dan berlanjut bersama untuk jangka waktu yang relatif lama. Oleh karena itu, keluarga biasanya dihubungkan oleh pernikahan dan ikatan darah. Keluarga selalu menempati posisi terdepan dan mendasar. Artinya keluarga berperan besar dan penting dalam mempengaruhi kehidupan dan kepribadian para anggotanya terutama anak-anak. Dalam kehidupan nyata, keluarga selalu dinamis dan peka terhadap lingkungan. Untuk itulah keluarga sebagai suatu kelompok sosial tidak dapat hidup sendiri dalam keterasingan dan selalu berada di tengah-tengah

kehidupan sosial, setidaknya harus diasosiasikan dengan budaya tersebut.

Karena keluarga selalu merupakan unit komunitas kecil dalam konteks budaya tertentu, maka keluarga sebagai unit yang ditempatkan secara strategis, secara aktif menyerap pengaruh subkultur kelompoknya dan budaya masyarakat sekitarnya, emosi, perilaku, perkataan, cara berbicara, dan hobi. Oleh karena itu, untuk mengenali budaya daerah tersebut cukup dengan melihat pola kehidupan keluarga-keluarga di daerah tersebut. Dengan kata lain, budaya keluarga dapat dijadikan sebagai cerminan budaya masyarakat.

Berbagai jenis individu berasal dari keluarga ini. Hal ini dapat dimaklumi karena keluarga berperan penting sebagai tempat penyemaian, sosialisasi, dan internalisasi awal nilai-nilai aspek kehidupan. Sebagai unit sosial terkecil dari masyarakat, keluarga memiliki kekuatan dan ketangguhan untuk memberikan masyarakat yang kuat terhadap segala permasalahan dan tantangan yang ada. anak-anak sangatlah penting.

Keluarga yang baik akan selalu menghasilkan putra-putri yang baik yang akan menghidupi bangsa. Oleh karena itu, kualitas generasi mendatang akan ditentukan oleh kualitas keluarga saat ini. Peran keluarga menjadi semakin penting ketika negara kita menghadapi masalah yang cukup serius yang menjadi perhatian kita semua - kasus stunting.

Saat ini, dari 5 juta bayi yang lahir setiap tahun, 1,2 juta mengalami kekurangan gizi kronis atau kurang berkembang. Menurut data Survei Gizi Anak 2019 di Indonesia, angka stunting adalah 27,67%. Jumlah ini disebabkan oleh berbagai faktor balita gizi buruk. 29% dari 5 juta orang prematur, sehingga ukuran mereka tidak cukup besar untuk dilahirkan. Tidak hanya itu, angka stunting di Indonesia juga meningkat dengan fakta bahwa bayi yang lahir normal tumbuh dengan gizi buruk dan tetap stunting, artinya meski dengan bayi yang cukup baik, ada risiko keterlambatan pertumbuhan selama kehamilan.

Stunting sendiri didefinisikan sebagai masalah kekurangan gizi kronis yang disebabkan oleh asupan makanan yang tidak mencukupi dalam waktu lama, sehingga mengakibatkan pertumbuhan anak terhambat. Stunting pada anak dapat

mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan sejak bayi hingga dewasa. Dalam jangka pendek, retardasi pertumbuhan dapat menyebabkan gangguan perkembangan otak, metabolisme tubuh, dan pertumbuhan fisik.

Seiring bertambahnya usia, stunting dapat menyebabkan kecerdasan di bawah rata-rata pada anak, tidak dapat memaksimalkan kemampuan belajarnya, sistem kekebalan tubuh yang buruk pada anak, membuat mereka lebih rentan terhadap penyakit, dan anak berisiko lebih tinggi terkena diabetes. Penyakit jantung, stroke, kanker. Selain itu, stunting dapat merugikan suatu negara sebesar 2-3% dari Produk Domestik Bruto (PDB) tahunannya. Dengan mempertimbangkan PDB Indonesia sebesar Rp13.000 triliun pada tahun 2017, diperkirakan potensi kerugian dari pertumbuhan yang lambat bisa mencapai Rp300 triliun.

BKKBN memperkirakan tanpa upaya pencegahan stunting yang optimal, akan ada 24,35 juta anak balita di Indonesia pada 2024, 4,85 juta pada 2022, dan 490 juta pada 2023, juta, diproyeksikan mencapai 5 juta pada 2024. . Perpres Nomor 72 Tahun 2021 bertujuan untuk memastikan bahwa pada tahun 2024 hanya 14% kasus stunting, atau 3,409 miliar anak balita yang stunting. Tentu ini menjadi tugas besar BKKBN yang telah ditunjuk oleh Presiden Republik Indonesia untuk memimpin percepatan pelaksanaan program stunting di Indonesia.

Realitas saat ini menunjukkan bahwa 30-35% kasus stunting anak lahir dari wanita yang menikah di usia muda. Hal ini memperkuat rekomendasi BKKBN kepada kaum muda untuk menikah setidaknya 21 untuk wanita dan 25 untuk pria agar memiliki anak yang sehat. Penyebab lain dari retardasi pertumbuhan adalah jarak kelahiran. Berbagai penelitian menunjukkan korelasi yang kuat antara jarak kelahiran dengan stunting. Untuk itu, BKKBN mewajibkan keluarga untuk menjaga jarak antar kelahiran minimal tiga tahun. Selain itu, BKKBN terus mengingatkan ibu-ibu untuk memperhatikan hari ke-1000 kehidupan (HPK). Tahapan kehidupan bayi dari dalam rahim hingga 2 tahun menyusui.

Tema memperingati Hari Keluarga Nasional (Harganas) ke-28 tahun 2021 pada tanggal 29 Juni 2021 untuk meningkatkan kesadaran bahwa stunting merupakan ancaman potensial bagi

pencapaian generasi berkualitas adalah keluarga keren yang mencegah stunting. Dinamika harganas diharapkan menjadi saat yang tepat, terutama pada tahap awal 1.000 hari kehidupan (HPK), bagi seluruh anggota keluarga untuk mulai berbenah dan menyatukan semangat bangkit untuk mencegah stunting melalui pola asuh yang baik. Orang tua, khususnya ibu, harus berupaya untuk mendapatkan informasi yang baik tentang kesehatan dan gizi sehingga dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepada anak-anaknya. Saya berharap mereka akan menjadi generasi yang lebih baik dan lebih baik di masa depan.

Hal lain yang perlu diperhatikan keluarga dalam upaya pencegahan stunting adalah anak harus tidak diberi ASI, jangan sampai kita kekurangan gizi. Dalam kaitan ini, semua keluarga harus dilibatkan, dirawat dan membantu membentuk situasi agar tidak terjadi lagi insiden stunting di negeri ini. Keluarga juga berperan dalam mencegah pernikahan dini dan kehamilan dini (dibawah 21 tahun). Juga, jarak antara anak-anak harus dijaga setidaknya selama 3-4 tahun.

5.2 Permasalahan Gizi pada Keluarga

Keluarga berisiko mengalami beban makanan ganda. Misalnya, seorang ibu yang anemia memiliki anak yang kekurangan gizi, dan seorang ayah yang kelebihan berat badan memiliki anak yang kurus. Oleh karena itu, pengetahuan tentang gizi keluarga sangat penting. Setiap anggota keluarga, baik kerabat maupun kerabat jauh, dapat berperan penting dalam mempengaruhi status gizi anggota keluarga lainnya.

5.3 Peran Penting Anggota Keluarga

Suami membagi beban pekerjaan rumah tangga dengan istri, memotivasi ibu untuk makan makanan bergizi selama hamil, memotivasi ibu untuk minum suplemen darah selama hamil, dan menyusui sepenuhnya. Makanan untuk menyusui (MP-ASI) sehingga MP-ASI itu prinsip B2SA. Ibu balita bisa menganjurkan ibu hamil untuk minum suplemen zat besi dan mengasuh cucunya. Kedua orang tuanya memiliki pekerjaan paruh waktu. Ibu dari balita harus merangsang tumbuh kembang anaknya, memastikan

anaknya mendapatkan imunisasi lengkap, membawa anaknya ke Poshandu setiap bulan untuk memantau tumbuh kembangnya, dan memantau kesukaan anaknya serta pola makan yang baik. Seorang ibu dari seorang gadis remaja memperhatikan pola makan putrinya, mendorong anak-anaknya untuk minum obat penambah sirkulasi darah, dan mengajarkan pengetahuan gizi dasar dan kebiasaan makan yang baik.

1. Suami merawat dan mendampingi istri agar ibu hamil mengikuti sekurang-kurangnya satu kali kursus untuk memahami perkembangan janin dan mencegah stunting.
2. Seorang suami menemani istrinya mengikuti kursus ibu hamil. Suami diharapkan meningkatkan pemahaman tentang kondisi istri selama kehamilan, tanda dan gejala risiko kehamilan dan perawatan nifas.
3. Suami mendiskusikan rencana pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi dengan ibu hamil sejak awal kehamilan menurut informasi yang diterima dari jemaah dan petugas kesehatan.
4. Suami dan keluarga memberikan informasi kehamilan yang akurat kepada ibu hamil dari sumber yang dapat dipercaya.
5. Jika seorang wanita hamil membutuhkan pelayanan kesehatan, suami berperan dalam mengambil keputusan yang cepat dan tepat.
6. Apabila seorang suami menemani istrinya ke pemeriksaan kesehatan, anggota keluarga yang lain dapat memasak untuk ibu atau ayah, mengantar anak lain ke sekolah, atau menemani mereka belajar.
7. Pasangan dan/atau anggota keluarga dapat mengingatkan dan menemani ibu hamil sekurang-kurangnya empat kali untuk mengikuti kursus ibu hamil.
8. Ibu hamil mendapat dukungan dari suami dan anggota keluarganya dalam persiapan kehamilan dan kesediaan untuk mengasuh dan membesarkan anak.
9. Tanyakan kepada bidan atau dokter Anda tentang tanggal persalinan Anda dan rencanakan persalinan Anda dengan bantuan bidan atau dokter di fasilitas pelayanan kesehatan Anda.

5.4 Pentingnya Meningkatkan Pengetahuan Gizi dan Kesehatan Keluarga

Sebagai warga masyarakat khususnya kader posyandu, desa, KB atau pejabat lainnya di masyarakat perlu kita pahami bahwa peningkatan pengetahuan tentang gizi dan kesehatan keluarga sangat penting. Pengetahuan yang berkelanjutan tentang gizi dan kesehatan dapat mengubah perilaku kesehatan menjadi lebih baik. Perubahan perilaku tidak terjadi sendiri. Saya membutuhkan dukungan dari anggota keluarga lainnya. Pengetahuan gizi yang penting untuk diajarkan adalah tercapainya kecukupan pasokan zat gizi dan pencegahan masalah gizi terutama stunting. (Maria Wigati, 2022)

5.5 Dukungan Keluarga untuk Ibu Menyusui

Memenuhi kebutuhan nutrisi dan kasih sayang yang cukup untuk memungkinkan ibu memberikan ASI eksklusif (ASI sampai 6 bulan saja) guna mengoptimalkan tumbuh kembang bayi yang tidak stunting (Tanoto Foundation, 2021).

Dukungan Suami:

1. Perhatikan asupan makanan ibu menyusui.
2. Pembagian tugas rumah.
3. Menciptakan kondisi, keadaan, dan suasana tenang, nyaman dan kasih sayang untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam menyusui.
4. Berikan wanita cukup waktu untuk beristirahat.
5. Libatkan menyusui. Misalnya, jika ibu sakit dan tidak dapat menyusui, berikan ASI perah sendok untuk mencegah kebingungan puting pada bayi
6. Kehadiran pemandu bagi wanita menyusui
7. Awitan awal menyusui
8. ASI Hadir untuk membimbing ibu menyusui bayi mereka untuk mengatasi kesulitan pengasuhan.
9. Mencari konseling atau membaca informasi tentang perawatan bayi dan menyusui.
10. Tidak mudah memercayai misinformasi (mitos) atau tradisi yang membuat ibu enggan menyusui.

Dukungan Keluarga:

1. Menyiapkan makanan bergizi untuk ibu menyusui.
2. Dorongan bagi ibu menyusui yang mengalami kesulitan menyusui.
3. Memberikan suasana tenang dan nyaman untuk meningkatkan rasa percaya diri ibu dalam menyusui.
4. Dapatkan konseling atau baca tentang perawatan bayi dan menyusui.
5. Tidak mudah mempercayai informasi yang beredar secara lokal. Kebenaran informasi yang mendukung atau menghambat menyusui ibu harus diverifikasi.
6. Keluarga dan lingkungan harus bijak memilih tradisi yang dapat mendukung tumbuh kembang balita untuk mencegah stunting

5.6 Kemampuan Diri dan Keluarga dalam Pencegahan Stunting

Secara umum potensi atau kemampuan merupakan kemampuan dasar manusia yang sangat mungkin untuk dikembangkan, sehingga potensi itu sendiri pada hakikatnya berarti kemampuan yang dapat dikembangkan menjadi lebih baik. Pada manusia, sangat penting untuk memahami potensi diri sehingga dapat mengembangkan keterampilan yang sesuai dan mencapai hasil yang maksimal, terutama dalam pencegahan dan pengobatan retardasi pertumbuhan (Tanoto Foundation, 2021).

- Potensi adalah kemampuan manusia yang tidak terlihat/belum dieksplorasi/tidak disadari yang sudah ada.
- Potensi diri adalah kemampuan atau kekuatan diri sendiri, baik yang tidak disadari atau disadari tetapi belum sepenuhnya terlihat atau dimanfaatkan secara optimal oleh seseorang Z.
- Potensi keluarga adalah kemampuan keluarga yang tidak diteliti/tidak terlihat/direalisasikan, tetapi sudah dimiliki oleh keluarga.

Mencegah stunting dapat dilakukan dengan berbagai cara, menggunakan segala kemungkinan yang ada pada diri sendiri, keluarga dan lingkungan KPM. Untuk mencegah stunting, diri,

keluarga, dan lingkungan keluarga yang disukai memiliki banyak kemungkinan atau kemampuan yang mungkin belum diketahui atau dimanfaatkan secara optimal.

Beberapa contoh kemampuan diri dan keluarga dalam pencegahan dan penanganan stunting yaitu:

- Kemampuan memasak makanan yang bergizi sesuai dengan menu gizi seimbang
- Kemampuan memberikan ASI eksklusif
- Mampu membawa anak ke layanan Kesehatan untuk untuk memantau perkembangan anak
- Mampu menghindari paparan asap rokok
- Mampu memberikan pengasuhan yang baik pada anak

PUSTAKA

- Kementrian Desa, P. D. T. dan Transmigrasi. 2017. *Buku Saku Desa Dalam Penanganan Stunting*. Kementrian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi.
- Maria Wigati. 2022. *Pengenalan untuk Keluarga dan Komunitas*. PT Sarihusada Generasi Mahardika.
- Tanoto Foundation. 2021. *Modul Pencegahan dan Penanganan Stunting*. Tanoto Foundation.

BAB 6

PERAN MASYARAKAT DALAM MENCEGAH DAN MENGATASI STUNTING

Oleh Andi Nursiah

6.1 Pendahuluan

Pada tahun 2017, pemerintah mencanangkan Rencana Aksi Nasional untuk mengatasi stunting di tingkat nasional, regional dan khususnya desa. Bagian dari program tersebut adalah pencegahan stunting yang terjadi di masyarakat. Ini adalah faktor genetik karena kebanyakan orang salah memahami masalah stunting dan berpikir bahwa stunting atau kerdil adalah istilah umum di masyarakat. Inisiatif nirlaba ini dirancang untuk mempromosikan pengetahuan, pemahaman, dan partisipasi masyarakat dalam program pencegahan dan deteksi dini untuk pengerdilan bayi. Hal ini diharapkan dapat secara langsung memotivasi masyarakat setempat untuk berpartisipasi dalam pertumbuhannya dan berpartisipasi dalam pembangunannya. Anak tumbuh dan berkembang secara optimal. (Uliyatul Laili & Ratna Ariesta Dwi Andriani, 2019).

Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013, prevalensi stunting di Indonesia mencapai 37,2 %. Berdasarkan Pemantauan Gizi Tahun 2016, mencapai 27,5% sedangkan WHO memberikan batasan untuk stunting adalah < 20%. Hal ini menunjukkan bahwa pertumbuhan yang tidak maksimal dialami oleh sekitar 8,9 juta anak di Indonesia atau 1 dari 3 anak mengalami stunting. Selain itu lebih dari 1/3 anak berusia dibawah 5 tahun di Indonesia tinggi badannya di bawah rata-rata (Kementrian Desa, 2017).

6.2 Bersama Mari Mencegah Stunting

Saat ini Indonesia menghadapi beban gizi ganda atau sering disebut dengan beban gizi ganda. Ini berarti bahwa masalah kekurangan gizi seperti kekurangan berat badan, pertumbuhan terhambat dan anemia, serta masalah makan berlebihan dan obesitas harus ditangani secara bersamaan. Gizi buruk merupakan masalah global, termasuk di Indonesia. Malnutrisi dari rahim hingga kelahiran dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan bagi ibu dan anak. Salah satu masalah kesehatan yang mempengaruhi anak usia dini adalah pertumbuhan yang terhambat dan perawakan pendek akibat kekurangan gizi kronis.

Keterlambatan tumbuh kembang dapat terjadi karena kekurangan gizi, terutama pada umur 1000 hari (HPK). Salah satu cara untuk mencegah stunting adalah dengan memberikan pelayanan gizi dan kesehatan kepada ibu hamil. Mengingat dampak stunting terhadap kecerdasan anak dan kesehatan orang dewasa, maka upaya tersebut sangat dibutuhkan. Efek malnutrisi pada 1000 HPK bersifat permanen dan sulit diperbaiki (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018)

6.3 Upaya Pemerintah dalam Pencegahan Stunting

Komitmen pemerintah untuk mempercepat perbaikan gizi dikukuhkan dengan Peraturan Presiden Nomor 42 tanggal 23 Mei 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas). Saya tertarik untuk memprioritaskan seribu hari pertama kehidupan (1000 HPK) untuk mempercepat perbaikan gizi di komunitas saya. Dengan mengidentifikasi strategi kunci Gernas untuk mempromosikan perbaikan gizi, yaitu:

- a. Meningkatkan gizi sebagai pilar pembangunan sumber daya
- b. Meningkatkan intervensi berbasis bukti yang efektif di berbagai bidang masyarakat.
- c. Meningkatnya keterlibatan masyarakat dalam menerapkan norma sosial yang mendukung perilaku sadar pangan.

Ada dua solusi untuk mengatasi masalah gizi. Intervensi khusus bertujuan untuk mengatasi kurangnya pengetahuan gizi orang tua dan keluarga serta pengetahuan masyarakat tentang

pengolahan makanan seperti ikan. Ada banyak ikan di sekitar mereka, tetapi mereka tidak memakannya. Ikan seringkali hanya bisa digoreng atau dipanggang, dan anak-anak cepat bosan dengan menunya. Ketika melihat penyebab langsung dan tidak langsung dari masalah gizi, intervensi yang disengaja bertujuan untuk mengatasi akar penyebab masalah dan sifat jangka panjangnya.

6.4 Tanggung Jawab Bersama dalam Penanggulangan Stunting

Pemerintah sudah berupaya melakukan advokasi taraf tinggi yang berkelanjutan & warta baiknya merupakan bahwa ketika ini gizi sebagai satu prioritas nasional. Pendekatan multisektor juga terus dilakukan melalui acara gizi sensitif yang dilaksanakan secara simultan termasuk pembelajaran berdasarkan aneka macam acara sebelumnya yang sangat berhasil misalnya Posyandu, PKH, PNPM Generasi, Pamsimas.

Langkah lainnya merupakan mengupayakan pembiayaan berbasis hasil, yaitu Dana Alokasi Khusus (DAK) berbasis kinerja pada sektor kesehatan & pendidikan menggunakan memakai indikator-indikator gizi, mendorong penerapan pembayaran kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), buat memperbaiki layanan gizi, & mendorong Dana Desa buat merevitalisasi acara gizi rakyat. Selain itu juga melakukan advokasi buat penguatan kepemimpinan & pencerahan buat mengatasi perkara harta benda nutrisi, kapasitas buat merencanakan, melaksanakan, & memantau acara gizi multi sektor secara terpadu, dan penegakan Standar Pelayanan Minimum yang terkait menggunakan layanan gizi menggunakan lebih baik. Tetapi penanggulangan stunting bukan hanya tanggung jawab pemerintah, melainkan seluruh pihak, setiap famili Indonesia.

Dalam jangka panjang, stunting berdampak tidak baik hanya terhadap tumbuh kembang anak namun juga terhadap perkembangan emosi yang membuahkan dalam kerugian ekonomi; baik skala mikro semata pada famili juga skala makro, pada hal ini aturan belanja kesehatan nasional. Lantaran itu upaya akselerasi pemugaran gizi membutuhkan komitmen bertenaga berdasarkan

aneka macam pihak, baik berdasarkan pemerintah sentra & pemerintah daerah, forum sosial kemasyarakatan & keagamaan, akademisi, organisasi profesi, media massa, global usaha/kawan pembangunan, & rakyat secara keseluruhan. Diharapkan kerjasama ini berhasil mencapai satu tujuan primer yaitu pemugaran generasi masa depan yang sehat & produktif & mempunyai daya saing. Dimulai berdasarkan pemenuhan gizi yang baik selama 1000 HPK anak sampai menjaga lingkungan supaya permanen higienis & sehat.

Lima pilar manajemen stunting mengidentifikasi intervensi spesifik sektor kesehatan dan tujuan yang ingin dicapai: perkembangan anak yang maksimal (dilengkapi dengan keterampilan emosional, sosial dan fisik dan siap untuk belajar, berinovasi dan bersaing), didukung melalui intervensi lintas sektor yang disengaja terkait dengan Lokasi intervensi terpadu yang direncanakan untuk tahun 2018 akan difokuskan pada 100 kabupaten/kota di seluruh Indonesia.

6.5 Peran serta kader atau masyarakat dalam mendukung pelaksanaan Posyandu Keluarga

Libatkan tokoh dalam pelaksanaan poshandu keluarga. Tidak hanya itu diterapkan, itu sudah di dalam pipa. Bekerjasama dengan aparat desa agar masyarakat mau datang ke Poshandu. Kecuali undangan tertulis, Anda akan menerima informasi tentang pertunjukan Poshandu setidaknya dua hari sebelum pertunjukan disiarkan di pengeras suara masjid. Pada hari Posyandu, jika warga tidak datang, para kader akan mengejanya hingga ke rumah seseorang. Eksekutif dan komunitas sangat aktif. Posyandu keluarga sangat efektif dalam memetakan berbagai masalah kesehatan di masyarakat, termasuk anak dengan masalah gizi. Hal ini agar petugas kesehatan dapat mendeteksi penyakit di masyarakat secara dini dan segera mengobatinya. Angka kematian bayi, anak, dan ibu juga menurun. Hal yang sama berlaku untuk nutrisi. Minat terhadap kesehatan juga semakin meningkat, salah satunya adalah meningkatnya kesadaran akan Posyandu. Adapun manfaat mengunjungi Posyandu:

1. Akses informasi dan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, bayi dan anak kecil.
2. Memantau tumbuh kembang anak balita dan memasukkan buku KIA untuk mencegah masalah gizi, termasuk stunting.
3. Pertukaran pengetahuan dan pengalaman di bidang kesehatan ibu hamil, bayi dan balita.

Adapun dukungan masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan stunting:

1. Sering melakukan kunjungan atau kunjungan ke ibu hamil.
2. Berdoa untuk keselamatan ibu dan anak juga merupakan dorongan besar.
3. Tetangga adalah kerabat dekat yang selalu senang membantu saat dibutuhkan.
4. Tentu saja, Anda harus selalu mengatakan hal-hal yang baik dan memberikan nasihat yang positif.
5. Anda juga dapat berbagi pengalaman tentang kehamilan dan persalinan dan kami dengan senang hati membantu Anda dengan berbagai kebutuhan Anda selama kehamilan dan persalinan.
6. Lingkungan lebih sensitif terhadap wanita hamil. B. Mintalah wanita hamil itu duduk selama pertemuan.
7. Mengundang ibu hamil ke kegiatan sosial yang ringan dan menyenangkan.
8. Sumbangan lingkungan terbesar untuk membantu ibu hamil yang berjuang untuk mempersiapkan persalinan

6.6 Peran Posyandu dalam Pencegahan Stunting

Kegiatan posyandu secara aktif diadakan setiap bulan di desa Minasa Baji. Kader secara teratur melaporkan pengukuran berat badan dan tinggi badan anak ke Puskesmas, dan tidak terdeteksi stunting. Puskesmas melakukan kegiatan deteksi dini dengan mengukur panjang badan anak di bawah usia dua tahun dengan alat standar yaitu tornator bayi. Ternyata diperoleh hasil yang berbeda antara pembacaan pimpinan dan Petugas Puskesmas. Seperti yang diukur oleh pihak berwenang, banyak anak yang lebih pendek. Penyelidikan menunjukkan bahwa pengukuran panjang

Baduta di Posyandu masih dilakukan dengan meteran penjahit, karena petugas tidak memiliki alat pengukur panjang. Juga, ketika mengukur tinggi badan seorang anak, mereka menangis ketika tertidur, sehingga sering dilakukan dengan berbaring telentang daripada telentang.

Posyandu sebagai wadah transfer informasi dan keterampilan dari tenaga medis ke dan antar masyarakat. Posyandu diibaratkan sebagai jembatan untuk membuat layanan kesehatan dasar lebih mudah diakses oleh masyarakat. Posyandu berperan penting dalam pencegahan stunting melalui program pemberian makanan tambahan (PMT) lokal bagi balita.

Pemberian makanan tambahan bagi anak merupakan upaya pencegahan stunting melalui pemenuhan gizi yang cukup. PMT menjadi alternatif untuk memenuhi asupan sayuran sebagai sumber vitamin dan mineral. Selain itu, ibu juga dikenalkan dengan snack bergizi yang disukai anak-anak.

6.7 Perlunya Pencegahan Stunting

Dengan mengukur panjang tubuh dan mencatat hasil kurva pertumbuhan, deteksi dini mencegah keterlambatan perkembangan. Pengukuran harus dilakukan oleh personel yang terlatih dan kompeten dengan menggunakan alat yang sesuai. Pelaksana posyandu harus dilatih oleh tenaga medis sebelum melakukan pengukuran. (Maria Wigati, 2022)

Tidak semua orang mengerti tentang stunting. Masyarakat masih menganggap anak kecil adalah fitrah dan berkaitan dengan faktor genetik orang tua. Oleh karena itu, posyandu menjadi wadah untuk mengedukasi masyarakat tentang stunting dan kesehatan ibu dan anak. Kesadaran masyarakat untuk memantau tumbuh kembang anak belum merata di semua wilayah, sehingga kader Posyandu perlu berperan aktif dalam mengukur tumbuh kembang anak. Eksekutif secara aktif mengundang orang tua dan mendorong mereka untuk datang ke Posyandu secara teratur.

6.8 Pencegahan Keluarga Stunting Sejak Masa Kehamilan Hingga Anak Balita

Stunting yang terjadi pada tahap awal kehidupan atau usia dini dapat menyebabkan dampak merugikan bagi anak, baik dalam jangka pendek atau jangka panjang. Khususnya, jika gangguan pertumbuhan dimulai pada 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan yang dihitung sejak konsepsi) hingga usia dua tahun. Pada dasarnya stunting pada balita tidak bisa disembuhkan, tapi dapat dilakukan upaya untuk perbaikan gizi guna meningkatkan kualitas hidupnya. Pencegahan stunting harus dilakukan sejak dini, bahkan sejak masa kehamilan. Pencegahan stunting yang dapat kita lakukan adalah sebagai berikut :

1. Tes kehamilan secara teratur

Ibu hamil harus melakukan tes kehamilan secara teratur selama 1000 hari pertama, yaitu dari kandungan hingga tahun ke-2 kehidupan bayi. Menjaga kesehatan bayi dan mengatasi keterlambatan perkembangan dengan cepat.

2. Menjamin kecukupan gizi ibu dan anak

Sangat penting bagi ibu hamil dan menyusui untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dirinya dan bayinya. Untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi, ibu dapat mengonsumsi makanan yang kaya kalori, protein dan zat gizi mikro (vitamin dan mineral) selama kehamilan. Asupan nutrisi bagi ibu hamil untuk perkembangan janin yang normal. Nutrisi yang dianjurkan untuk ibu hamil adalah:

- Protein Ibu hamil dianjurkan untuk mengonsumsi 75-100 gram protein per hari.
- Kalsium. Asupan kalsium yang dianjurkan selama kehamilan adalah 1.000 miligram per hari.
- Zat Besi Asupan zat besi yang ideal selama kehamilan adalah hingga 27 miligram per hari.
- Asam folat. Kami merekomendasikan mengambil 0,6-0,8 miligram per hari.
- Vitamin C. Kami merekomendasikan mengonsumsi setidaknya 85 miligram per hari. Nutrisi ini dapat diperoleh secara alami dari berbagai bahan makanan atau dengan mengonsumsi suplemen setiap hari. Bagi ibu hamil yang

membutuhkan suplemen dan vitamin tambahan, dianjurkan untuk mematuhi suplemen dan dosisnya. Silakan berkonsultasi dengan dokter Anda tentang

3. Deteksi dini penyakit

Deteksi dini penyakit menular dan tidak menular pada ibu hamil juga perlu dilakukan. Kedua jenis penyakit tersebut dapat mempengaruhi kesehatan dan kondisi bayi serta meningkatkan risiko keterlambatan pertumbuhan.

4. Melahirkan di fasilitas medis yang sesuai.

Melahirkan di fasilitas kesehatan yang sesuai dengan dukungan ahli memastikan bahwa ibu dan bayi menerima perawatan terbaik yang mereka butuhkan.

5. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif

Pemberian ASI dini dan inisiasi pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan memegang peranan penting dalam tumbuh kembang bayi Anda. ASI memberikan nutrisi yang ideal untuk bayi Anda, termasuk vitamin, protein dan lemak. Ini juga mengandung antibodi yang membantu tubuh anak Anda melawan virus dan bakteri. Bayi yang diberi ASI eksklusif dikatakan memiliki infeksi yang lebih sedikit dibandingkan bayi yang tidak diberi ASI.

6. Makanan tambahan

Setelah usia 6 bulan, makanan tambahan (PMT) atau makanan pendamping ASI (MPASI) dapat diberikan untuk memastikan kebutuhan nutrisi yang optimal terpenuhi agar bayi Anda tumbuh optimal.

7. Vaksinasi penuh

Imunisasi diperlukan untuk melindungi anak dari penyakit berbahaya. Infeksi penyakit yang sering dapat meningkatkan risiko keterlambatan pertumbuhan. 1 dosis hepatitis B, 1 dosis BCG (tuberkulosis), 3 dosis hepatitis DPT (difteri, pertusis, tetanus), 4 dosis polio, dan dosis campak, sebaiknya sebelum usia 1 tahun. 8. Pemantauan Pertumbuhan Bayi Pemantauan tumbuh kembang bayi penting dilakukan untuk mengetahui tren pertumbuhan dan perkembangan bayi. Ini juga merupakan deteksi dini jika ada masalah atau hambatan dalam tumbuh kembang bayi. Perlu adanya peningkatan kesadaran pencegahan stunting di kalangan

wanita usia kerja yang berencana untuk memiliki anak atau yang telah melahirkan. Pasalnya, kondisi ini berkaitan dengan masa depan bayi

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. Stunting Sebuah Kondisi Di mana Tinggi Badan Seseorang Lebih Pendek Dibanding Tinggi Badan Orang Lain pada Umumnya (Yang Seusia). *Warta Kesmas*.
- Kementrian Desa, P. D. T. dan Transmigrasi. 2017. *Buku Saku Desa Dalam Penanganan Stunting*. Kementrian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi.
- Maria Wigati. 2022. *Pengenalan untuk Keluarga dan Komunitas*. PT Sarihusada Generasi Mahardika.
- Uliyatul Laili, & Ratna Ariesta Dwi Andriani. 2019. Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pencegahan Stunting. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Ipteks*, 5(1), 8–12.

BAB 7

***EVIDENCE BASED PRACTICE* TERKAIT STUNTING**

Oleh Ari Yulistianingsih

7.1 Pendahuluan

Penurunan angka stunting merupakan bagian dari *Sustainable Development Goals* (SDGs). (WHO, 2018) Di beberapa negara, intervensi untuk mengurangi stunting telah dilakukan sejak masa kehamilan. Kesehatan dan gizi yang buruk selama masa kehamilan memberikan dampak seumur hidup terhadap kesehatan bayi yang akan dilahirkan. Selain itu, praktik pemberian MP-ASI pada bayi dan anak yang tidak memadai, adanya infeksi berulang, dan stimulasi psikososial yang kurang dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) berdampak terhadap stunting. Stunting mencerminkan perawakan pendek menurut usia yang merupakan penanda risiko kegagalan pertumbuhan pada anak. Malnutrisi kronis ini dihubungkan dengan berbagai gangguan fungsional, termasuk perkembangan kognitif dan fisik serta gangguan metabolik yang berisiko terhadap penyakit degeneratif pada usia dewasa. Secara global, angka stunting mengalami penurunan sekitar 1,8% per tahun. (De Onis *et al.*, 2013) Kombinasi antara intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif diperlukan untuk mengoptimalkan penurunan stunting. (Ruel and Alderman, 2013) Berbagai upaya penanganan stunting telah dilakukan berdasarkan penelitian berbasis bukti (*evidence-based*) yang bertujuan untuk membantu para pembuat kebijakan terkait percepatan penurunan stunting, terutama di Indonesia.

7.2 Evidence Based Practice

Stunting pada balita merupakan masalah kesehatan utama yang memiliki karakteristik antara lain terjadi dalam skala luas, melibatkan determinan yang beragam, dan bersifat kronis. Berdasarkan pemahaman tersebut, pendekatan yang digunakan

untuk menangani stunting pada balita juga harus relevan dengan karakteristik tersebut. Berkaitan dengan hal tersebut, upaya penanganan stunting telah dilakukan secara intensif baik pada lintas program maupun lintas sektoral. Upaya pencegahan stunting berdasarkan penelitian berbasis bukti (*evidence-based*) menjadi suatu keharusan agar memiliki arah yang tepat dan tujuan yang diharapkan. (Nugroho, Heru Santoso Wahito, 2021)

7.2.1 Peningkatan Nafsu Makan Anak

Anak stunting cenderung memiliki nafsu makan rendah yang dapat mengakibatkan pembatasan respon terhadap intervensi gizi. Suatu penelitian prospektif pada 50 anak stunting dan 50 anak non-stunting usia 12-18 bulan di Bangladesh bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh intervensi gizi terhadap nafsu makan pada anak stunting. Intervensi tersebut meliputi pemberian 1 butir telur rebus dan 150 ml susu sapi serta suplemen zat gizi mikro setiap hari selama 18 hari, pemberian stimulasi psikososial melalui permainan terstruktur, dan konseling pada orang tua selama 6 bulan. Nafsu makan anak diukur melalui wawancara pada ibu atau pengasuh menggunakan instrumen *Early Childhood Appetite and Satiety Tool* (ECAST) setiap bulan selama 6 bulan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan, bahwa skor nafsu makan rata-rata meningkat dari skor 49 menjadi 60 pada anak stunting yang berhubungan dengan peningkatan konsumsi makan. Selain itu, konsumsi telur dan susu sapi meningkat selama perlakuan (40,3-49,6 g dan 83,8-138,5 ml). Dengan demikian dapat disimpulkan, bahwa penilaian nafsu makan menggunakan instrumen ECAST terbukti bermanfaat dalam memantau intervensi gizi pada anak stunting. (Naila *et al.*, 2021)

7.2.2 Konseling Gizi pada Ibu Hamil

Praktik pemberian makan yang kurang optimal dan kejadian stunting masih tetap menjadi permasalahan kesehatan utama pada anak usia < 5 tahun. Ibu merupakan pengasuh utama sehingga diharapkan konseling gizi pada ibu menjadi upaya efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan praktik pemberian makan pada anak. Suatu penelitian *cross-sectional* pada 3009 ibu dan anak di Bangladesh bertujuan untuk mengetahui pengaruh konseling gizi terhadap prevalensi stunting dan praktik pemberian makan anak

usia < 5 tahun. Konseling gizi pada ibu dilakukan oleh tenaga terlatih sehingga pelaksanaannya melalui metode kunjungan *door-to-door*. Penelitian tersebut menunjukkan hasil, bahwa prevalensi stunting menurun setelah diberikan intervensi sebesar 29% dan praktik pemberian makan meningkat secara optimal sebesar 72,7%. Dengan demikian dapat disimpulkan, bahwa pemberian konseling gizi pada ibu oleh tenaga terlatih efektif dalam menurunkan prevalensi stunting dan meningkatkan praktik pemberian makan pada anak secara optimal.(Mistry, Hossain and Arora, 2019)

7.2.3 Edukasi Gizi pada Ibu dengan Kelebihan Berat Badan atau Obesitas

Transisi gizi di negara berkembang disebabkan oleh perubahan pola makan yang cepat seiring dengan adanya adopsi gaya hidup modern selama perkembangan sosial ekonomi, urbanisasi, dan akulturasi. Akibatnya, negara-negara tersebut mengalami beban gizi ganda yaitu gizi buruk yang belum teratasi dan meningkatnya angka *overweight* atau obesitas. Suatu penelitian eksperimen pada 72 ibu *overweight* atau obesitas dan 72 anak stunting usia 2-5 tahun di Indonesia bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh perilaku termodifikasi terhadap beban gizi ganda melalui edukasi gizi selama 3 bulan. Intervensi terdiri dari 6 sesi kelas edukasi gizi dan kunjungan rumah yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dengan menggunakan pendekatan wawancara motivasi. Edukasi gizi pada ibu terbukti dapat meningkatkan efikasi diri ibu dalam mengatur pola makan dan perilaku makan anak.(Mahmudiono *et al.*, 2016)

7.2.4 Pemberian Susu Fermentasi Sinbiotik dengan Fortifikasi Ganda (Fe-Zn)

Stunting merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang belum terselesaikan di Indonesia. Fortifikasi makanan merupakan upaya untuk mengatasi masalah defisiensi zat gizi mikro dari segi keefektifan biaya. Susu fermentasi dengan fortifikasi ganda mempunyai peran potensial sebagai pangan fungsional dalam mendukung pertumbuhan anak. Penelitian eksperimen yang dilakukan di Indonesia bertujuan untuk

mengetahui pengaruh pemberian susu fermentasi sinbiotik dengan fortifikasi ganda pada tinggi badan dan status gizi pada anak stunting yang berusia < 5 tahun. Susu fermentasi terbuat dari susu skim dan fruktooligosakarida (FOS) yang difermentasi oleh *Lactobacillus plantarum*. Partisipan dalam penelitian ini terbagi menjadi dua kelompok, yaitu 38 partisipan pada kelompok intervensi dan 43 partisipan pada kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa selama 3 bulan intervensi terjadi peningkatan nilai *z-score* untuk BB/U dan TB/U, tetapi perbedaan antara kedua kelompok tidak signifikan. Dengan demikian dapat disimpulkan, bahwa susu fermentasi memiliki pengaruh yang baik pada pertumbuhan anak.(Helmyati *et al.*, 2021)

7.2.5 Intervensi Perubahan Komunikasi dan Perilaku Sosial

Pendekatan perubahan sosial dan perilaku merupakan pendekatan yang paling banyak digunakan dan berbasis komunikasi interpersonal. Pendekatan ini dilakukan untuk mendorong perilaku utama pada ibu hamil, ibu menyusui, dan ibu yang memberi susu botol agar mengkonsumsi makanan dengan baik. Pendekatan perubahan sosial dan perilaku secara luas diklasifikasikan menjadi tiga kategori, yaitu komunikasi interpersonal, penggunaan media, dan mobilisasi komunitas/sosial. Suatu *systematic review* bertujuan untuk mengidentifikasi intervensi perubahan sosial dan perilaku dalam pencegahan stunting. Hasil *review* tersebut menunjukkan, bahwa intervensi perubahan sosial dan perilaku efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan praktik mengenai MP-ASI dalam hal pemilihan makanan, keragaman diet minimum, inisiasi menyusui dini (IMD), dan ASI eksklusif serta mengurangi prevalensi stunting. Intervensi perubahan sosial dan perilaku menggunakan berbagai *platform* secara efektif layak untuk digunakan. Intervensi melalui pendekatan ini secara ilmiah terbukti dalam pencegahan stunting sehingga dapat menjadi dasar bagi kebijakan kesehatan untuk meningkatkan program pencegahan stunting melalui pelatihan pada kader dan masyarakat setempat.(Darajat *et al.*, 2022)

7.2.6 Penggunaan *Platform* PAUD Berbasis Komunitas

Program perkembangan anak usia dini merupakan *platform* yang direkomendasikan untuk memberikan intervensi gizi bagi anak prasekolah. Penelitian longitudinal yang dilakukan di Malawi pada 60 pusat penitipan anak berbasis komunitas yang terdiri dari 1248 anak prasekolah usia 36-72 bulan dan 304 saudara kandung usia 6-24 bulan. Penelitian dibagi menjadi kelompok kontrol (hanya mendapat program standar) dan kelompok perlakuan (mendapat intervensi terintegrasi). Intervensi terintegrasi terdiri dari komponen gizi dan pertanian. Komponen gizi bertujuan untuk meningkatkan praktik pemberian makan dan pola asuh orang tua dalam merencanakan dan mempersiapkan makanan. Kegiatan yang termasuk dalam komponen ini antara lain komunikasi perubahan perilaku, pelatihan perhitungan kebutuhan gizi, persiapan makanan, penyimpanan makanan, dan pembuangan limbah. Komponen pertanian dalam intervensi terintegrasi tersebut bertujuan untuk meningkatkan produksi makanan bergizi dan diversifikasi pangan melalui pengadaan kebun sayur dan buah. Keragaman pangan dan asupan makanan diukur melalui wawancara dengan instrumen *24-h recall*. Selain itu, dilakukan pengukuran antropometri untuk mengukur tinggi badan dan berat badan anak selama kunjungan rumah menggunakan alat ukur stadiometer atau papan panjang badan dan timbangan elektronik. Anak usia prasekolah pada kelompok perlakuan menunjukkan peningkatan asupan makan dan keragaman pangan. Tidak ada pengaruh dalam pengukuran antropometri yang terlihat pada anak usia prasekolah. Kelompok saudara kandung pada kelompok perlakuan menunjukkan peningkatan nilai *z-score* TB/U dibandingkan dengan kelompok kontrol. Implementasi intervensi terintegrasi antara komponen gizi dan pertanian melalui *platform* PAUD memiliki manfaat pada pola makan anak dan menurunkan angka stunting pada anak usia prasekolah. (Gelli *et al.*, 2018)

7.2.7 Program Bantuan Pangan

Program *Tubaramure* merupakan program bantuan pangan di Burundi dengan sasaran ibu dan anak selama 1000 HPK yang mencakup pemberian bantuan pangan, penguatan layanan kesehatan, dan komunikasi perubahan perilaku. Program ini

ditinjau keefektifannya terhadap pertumbuhan linier anak melalui kajian penelitian eksperimen *randomized controlled trial*. Komponen pertama dalam program ini adalah distribusi bantuan pangan yaitu campuran jagung-kedelai dan minyak sayur yang difortifikasi dengan zat gizi mikro bertujuan untuk meningkatkan ketahanan pangan rumah tangga dan meningkatkan gizi ibu hamil serta gizi anak. Sasaran dari program bantuan pangan ini adalah ibu hamil, ibu *postpartum*, dan bayi mulai usia 6 bulan. Komponen kedua dalam program ini adalah penguatan layanan kesehatan melalui peningkatan kemampuan staf kesehatan dan akses layanan kesehatan dengan sasaran ibu hamil, ibu menyusui, dan anak usia 0-24 bulan. Komponen ketiga dalam program ini adalah komunikasi perubahan perilaku yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan, higiene, dan praktik gizi. Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan, bahwa program *Tubaramure* merupakan suatu program bantuan pangan yang efektif dalam meningkatkan pertumbuhan linier anak dan dapat melindungi anak dari pengaruh sosial politik di negara rawan seperti di Burundi. (Leroy, Olney and Ruel, 2018)

7.2.8 Pemberian Makanan Kaya Zat Besi untuk Meningkatkan Status Zat Besi Wanita Usia Subur

Defisiensi zat besi merupakan bentuk kekurangan gizi yang paling umum terjadi pada anak dan wanita usia subur. Defisiensi zat besi dapat mengakibatkan stunting dan gangguan perkembangan kognitif pada anak serta mengganggu kesehatan ibu hamil dan ibu yang melahirkan. Penelitian eksperimen bertujuan untuk menilai efektivitas pemberian makanan yang kaya zat besi terhadap peningkatan status zat besi pada ibu usia 15-49 tahun dan anak usia 6-24 bulan. Intervensi gizi yang dilakukan melalui pemberian sup *veo* (1,9 kg/hari) yang merupakan makanan lokal penduduk Ghana terbuat dari campuran daun *Hibiscus sabdariffa*, kacang fermentasi, ikan kering, dan garam beryodium. Pemberian makanan ini dilakukan setiap 3 kali per minggu selama 12 minggu yang menunjukkan hasil, bahwa pemberian makanan (1,9 kg/hari) dapat meningkatkan status zat besi wanita usia subur dan melindungi anak terhadap stunting. Penurunan angka stunting

pada anak menurun pada kelompok intervensi.(Kubuga, Hong and Song, 2019)

7.2.9 Intervensi Literasi Gizi pada Ibu

Literasi gizi ibu merupakan edukasi gizi yang diberikan pada ibu yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan ibu dalam memahami dan mengimplementasikan aspek gizi. Literasi gizi pada ibu berfokus pada edukasi gizi mengenai ASI dan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Pengaruh literasi gizi ibu terhadap tinggi badan anak stunting kemudian diteliti secara eksperimental di Indonesia sesuai dengan protokol kesehatan *Covid-19* pada 43 partisipan kelompok perlakuan dan 42 partisipan kelompok kontrol. Partisipan yang dipilih dalam penelitian tersebut adalah ibu yang mempunyai anak usia 0-6 bulan. Kegiatan pada kelompok perlakuan terdiri dari 5 macam, antara lain kelas edukasi (pemahaman dasar mengenai ASI dan MP-ASI), kelas simulasi (*problem solving* dalam praktik menyusui dan pemberian MP-ASI), kunjungan rumah setiap 2 kali per bulan dengan total 15 kali kunjungan (mendukung kebiasaan dalam praktik menyusui dan pemberian MP-ASI), pemantauan perkembangan anak, dan sanitasi. Sementara itu, kegiatan pada kelompok perlakuan, antara lain imunisasi dasar, pemantauan perkembangan anak, dan suplementasi vitamin A. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa distribusi stunting mengalami penurunan sekitar 9,3% pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol mengalami penurunan sekitar 2,4%. Dengan demikian dapat disimpulkan, bahwa literasi gizi ibu merupakan upaya efektif dalam pencegahan stunting. Selain itu, rekomendasi upaya preventif difokuskan pada anak non-stunting, sedangkan upaya melalui pemberian ASI difokuskan pada anak stunting.(Sirajuddin *et al.*, 2021)

7.2.10 Peningkatan Higiene dan Sanitasi

Sanitasi yang buruk dan penggunaan air minum yang tidak layak menyebabkan diare dan enteropati. Hal ini dapat menghambat absorpsi zat gizi sehingga memicu kekurangan gizi dan stunting. Intervensi WASH (*Water Sanitation and Hygiene*) dapat mencegah 860,000 kematian anak akibat kekurangan gizi per

tahun secara global dan penurunan prevalensi stunting di Etiopia hingga 12%. Pemerintah Etiopia telah mengimplementasikan intervensi WASH untuk melawan malnutrisi. Penelitian *cross-sectional* berbasis komunitas pada 630 ibu/pengasuh dan anak usia < 5 tahun bertujuan untuk mengidentifikasi prevalensi stunting serta hubungan antara stunting dan faktor WASH di Etiopia. Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan melalui wawancara tatap muka, observasi langsung, dan pengukuran antropometri. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa prevalensi stunting pada anak usia < 5 tahun mencapai 35,6%. Faktor-faktor yang berhubungan dengan stunting antara lain ayah dan ibu yang buta huruf, melahirkan sebelum menikah, tinggi badan ibu yang pendek, sumber air minum yang tidak layak, higiene dan sanitasi yang buruk, diare, metode pemberian makan anak, usia pemberian MP-ASI, frekuensi pemberian makan, tidak mengkonsumsi obat cacing, dan kunjungan *antenatal care* (ANC) pada ibu < 3 kali.(Ademas *et al.*, 2021)

7.2.11 Intervensi Gizi Sebelum Masa Konsepsi

Program 1000 HPK merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk mencegah stunting pada anak. Penelitian eksperimen melalui intervensi gizi sebelum masa konsepsi dan kehamilan trimester 1 bertujuan untuk meningkatkan perkembangan dan status gizi janin dalam pencegahan stunting. Partisipan dalam penelitian tersebut adalah 972 bayi baru lahir dari ibu yang miskin, tinggal di daerah pedesaan, dan mendapat suplemen mikronutrien berbasis lipid setiap hari selama ≥ 3 bulan sebelum konsepsi dan trimester 1. Tambahan suplemen protein-energi diberikan pada ibu yang memiliki IMT < 20 kg/m² atau peningkatan berat badan kurang dari rekomendasi. Usia kehamilan ditentukan dalam trimester 1 dan pengukuran antropometri bayi diperoleh < 48 jam pasca persalinan. Hasil dari penelitian dapat disimpulkan, bahwa pemberian suplemen pada ibu sebelum konsepsi selama ≥ 3 bulan terbukti efektif dalam pertumbuhan janin dan meningkatkan status gizi pada ibu.(Dhaded *et al.*, 2020)

7.2.12 Suplementasi Biskuit Belut

Belut merupakan sumber protein hewani yang mengandung asam amino (arginin dan lisin), kalsium, seng, besi, dan vitamin A. Kementerian Kesehatan RI telah menginisiasi program pemberian biskuit untuk membantu mengatasi permasalahan gizi buruk pada anak. Biskuit tersebut telah didistribusikan pada anak gizi buruk yang berusia < 5 tahun, tetapi belum didistribusikan pada anak stunting. Penelitian eksperimen dilakukan untuk menilai pengaruh pemberian suplementasi biskuit berbahan dasar belut terhadap tinggi badan 56 anak stunting usia 36-60 bulan di Indonesia. Biskuit belut terbuat dari campuran tepung tulang belut dan tepung ubi cilembu yang telah dianalisis dan memenuhi standar keamanan pangan. Kelompok perlakuan mendapat biskuit belut sebanyak 10 keping, sedangkan kelompok kontrol mendapat biskuit pemerintah. Penelitian tersebut dapat disimpulkan, bahwa pemberian biskuit belut selama 3 bulan dapat meningkatkan nilai *z-score* TB/U pada anak stunting usia 36-60 bulan.(Herawati *et al.*, 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Ademas, A. *et al.* 2021. 'Water, sanitation, and hygiene as a priority intervention for stunting in under-five children in northwest Ethiopia: a community-based cross-sectional study', *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s13052-021-01128-y.
- Darajat, A. *et al.* 2022. 'Social Behavior Changes Communication Intervention for Stunting Prevention: A Systematic Review', *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(G), pp. 209–217. doi: 10.3889/oamjms.2022.7875.
- Dhaded, S. M. *et al.* 2020. 'Preconception nutrition intervention improved birth length and reduced stunting and wasting in newborns in South Asia: The Women First Randomized Controlled Trial', *PLoS ONE*, 15(1), pp. 1–15. doi: 10.1371/journal.pone.0218960.
- Gelli, A. *et al.* 2018. 'Using a Community-Based Early Childhood Development Center as a Platform to Promote Production and Consumption Diversity Increases Children's Dietary Intake and Reduces Stunting in Malawi: A Cluster-Randomized Trial', *Journal of Nutrition*, 148(10), pp. 1587–1597. doi: 10.1093/jn/nxy148.
- Helmyati, S. *et al.* 2021. 'Synbiotic fermented milk with double fortification (Fe-zn) as a strategy to address stunting: A randomized controlled trial among children under five in yogyakarta, indonesia', *Processes*, 9(3), p. na. doi: 10.3390/pr9030543.
- Herawati, D. M. D. *et al.* 2020. 'Effect of Eel Biscuit Supplementation on Height of Children with Stunting Aged 36-60 Months: A Pilot Study', *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2020. doi: 10.1155/2020/2984728.
- Kubuga, C. K., Hong, H. G. and Song, W. O. 2019. 'Hibiscus sabdariffa meal improves iron status of childbearing age women and prevents stunting in their toddlers in Northern Ghana', *Nutrients*, 11(1). doi: 10.3390/nu11010198.

- Leroy, J. L., Olney, D. and Ruel, M. 2018. 'Tubaramure, a food-assisted integrated health and nutrition program, reduces child stunting in burundi: A cluster-randomized controlled intervention trial', *Journal of Nutrition*, 148(3), pp. 445–452. doi: 10.1093/jn/nxx063.
- Mahmudiono, T. *et al.* 2016. 'The effectiveness of nutrition education for overweight/obese mothers with stunted children (NEO-MOM) in reducing the double burden of malnutrition in Indonesia: Study protocol for a randomized controlled trial', *BMC Public Health*, 16(1). doi: 10.1186/s12889-016-3155-1.
- Mistry, S. K., Hossain, M. B. and Arora, A. 2019. 'Maternal nutrition counselling is associated with reduced stunting prevalence and improved feeding practices in early childhood: A post-program comparison study', *Nutrition Journal*, 18(1), pp. 1–9. doi: 10.1186/s12937-019-0473-z.
- Naila, N. N. *et al.* 2021. 'Improvement in appetite among stunted children receiving nutritional intervention in Bangladesh: results from a community-based study', *European Journal of Clinical Nutrition*, 75(9), pp. 1359–1367. doi: 10.1038/s41430-020-00843-9.
- Nugroho, Heru Santoso Wahito, *et al.* 2021. 'Action Research as A Strategic Method to Treat Stunting', *Aloha International Journal of Health Advancement (AIJHA)*, 4(10), pp. 226–229.
- 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.
- Ruel, M. T. and Alderman, H. 2013. 'Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?', *The Lancet*, 382(9891), pp. 536–551. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60843-0.
- Sirajuddin *et al.* 2021. 'The intervention of maternal nutrition literacy has the potential to prevent childhood stunting: Randomized control trials', *Journal of Public Health Research*, 10(2), pp. 365–369. doi: 10.4081/jphr.2021.2235.

WHO. 2018. *Reducing stunting in children: equity considerations for achieving the Global Nutrition Targets 2025*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513647> %0AAccessed on 18th February 2022.

BAB 8

APLIKASI DAN ALAT DETEKSI DINI STUNTING

Oleh Tri Siswati

8.1 Pendahuluan

Stunting ditandai dengan panjang atau tinggi badan anak sesuai dengan usia mereka di bawah -2 SD dari median standar pertumbuhan anak WHO(de Onis and Branca, 2016). Selain pertumbuhan fisik terganggu, anak-anak yang mengalami stunting mungkin juga mengalami gangguan fungsi kognitif, keterampilan motorik yang buruk, kapasitas fisik yang menurun, dan perkembangan saraf, dan bahkan mengurangi produktivitas dan menyebabkan kerugian ekonomi di masa depan(Dewey and Begum, 2011)(Prendergast and Humphrey, 2014).

Deteksi dini stunting dapat dilakukan di Posyandu oleh kader yang telah dilatih sebelumnya(Dewi and Anisa, 2018; Afifa, 2019). Mengukur tinggi atau panjang badan anak memerlukan ketelitian, pengalaman, kepatuhan terhadap standar tata cara pengukuran, alat ukur yang terstandar, kesulitan memploting hasil pengukuran panjang badan atau tinggi badan pada kurva pertumbuhan, serta

membutuhkan kerjasama dengan balita serta orang tua atau pengasuh balita(de Onis and Branca, 2016),(Casadei K, 2021). Demikian juga memantau perkembangan anak sebaiknya juga dilakukan, karena stunting sering disertai dengan hambatan perkembangan(Casale, Desmond and Richter, 2014; Hartinger *et al.*, 2017; Kiky Nur Meylia, Tri Siswati, Bunga Astria Paramashanti, 2022; Oumer *et al.*, 2022).

Pada masa awal pandemi COVID-19, terdapat dampak pandemi bidang kesehatan salah satunya melemahnya pelayanan kesehatan, termasuk pelaksanaan Posyandu dan layanan pemantauan pertumbuhan secara rutin(UGM, 2020). Akibatnya

meningkatkan risiko jumlah dan tingkat keparahan malnutrisi(Sriastini *et al.*, 2021).

Untuk mengatasi absennya monitoring pertumbuhan dan perkembangan balita saat pandemi dan kemungkinan keadaan darurat lainnya, maka dikembangkan aplikasi monitoring pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan pedoman yang berlaku, yaitu aplikasi DEPA atau singkatan dari desain aplikasi pertumbuhan dan perkembangan anak.

8.2 Aplikasi DEPA

Kami telah mengobservasi beberapa aplikasi di play store, kurang lebih terdapat hampir 30 aplikasi. Namun sebagian besar aplikasi tersebut dibuat sebelum tahun 2020 berdasarkan SK Menkes No.1995 Tahun 2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak(Kemenkes RI, 2010), Sementara itu standar antropometri yang baru adalah pada tahun 2020(Permenkes RI, 2020). Selanjutnya analisis kami dari aplikasi yang dibangun mulai tahun 2020 tidak komprehensif memuat pertumbuhan, perkembangan dan rekomendasinya dalam 1 aplikasi.

Aplikasi DEPA dirancang berdasarkan teori pengembangan media. Aplikasi ini dikembangkan untuk mempermudah pengguna melakukan monitoring pertumbuhan dan perkembangan balita, serta monitoring berkelanjutan atau surveillance. Aplikasi ini dapat digunakan oleh ibu balita, guru PAUD, kader dan programmer. Aplikasi ini dikembangkan melalui 4 tahapan meliputi Define, Design, Development dan Disseminate. Adapun tujuan dan partisipan yang terlibat pada setiap tahapan secara rinci seperti pada table 8.1.

Tabel 8.1 : Tujuan dan partisipan setiap tahapan pembuatan aplikasi DEPA.

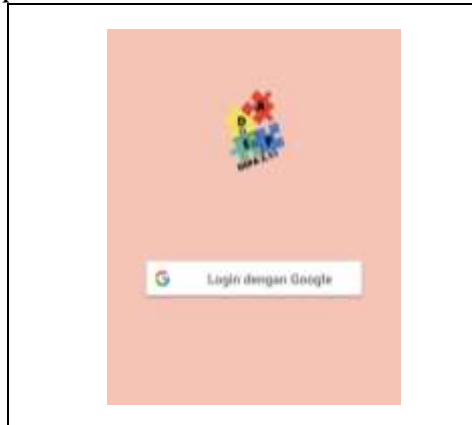
| No | Tahapan | Tujuan | Partisipan |
|----|---------------|---|--|
| 1 | Define | untuk menetapkan dan merumuskan aplikasi sesuai kebutuhan masyarakat atau user centered design. Untuk mencapai tahapan kami melakukan diskusi kelompok terarah (DKT/FGD-focus group discussion) untuk menggali kebutuhan dan preferensi calon pengguna | Peneliti dan calon pengguna |
| 2 | Design | Tahap ini adalah untuk merancang prototipe aplikasi. | Peneliti dan ahli IT |
| 3 | Developmental | Tahapan ini dilakukan untuk menyempurnakan prototipe aplikasi menjadi aplikasi yang siap digunakan melalui beberapa pengujian ahli/expert appraisal (ahli materi, media dan developmental testing oleh calon pengguna) | Peneliti, panelis ahli media, ahli materi dan calon pengguna |
| 4 | Disseminate | Tahap ini dilakukan setelah aplikasi melampaui semua tahapan dan terbukti layak untuk digunakan secara lebih luas. | Calon pengguna dengan cakupan lebih luas |

Setiap tahapan dapat dilakukan jika tahapan sebelumnya sudah sesuai, oleh karena itu pengembangan aplikasi ini memerlukan waktu yang panjang, 3-6 bulan.

8.2.1 Perancangan dan Fitur Aplikasi

Rancangan aplikasi dibuat dengan mempertimbangkan kebutuhan pengguna atau *user centered design* meliputi masyarakat umum (ibu balita, kader), UKBM (Posyandu), institusi (PAUD, HIMPAUDI, Puskesmas dan programer lain). Aplikasi ini pertama kali dipublikasikan di DI Yogyakarta dan telah mendapatkan sertifikat HKI No 000282312 tanggal 18 Agustus 2021. Secara detail perancangan memuat:

- Halaman depan



Gambar 8.1 : Halaman depan

- Halaman Registrasi

A screenshot of a mobile application's registration screen. The background is a solid light orange color. At the top center, there is a circular profile picture placeholder with a red and white pattern. Below the profile picture, there is a form with several input fields. The first field is labeled "NIK" and contains the text "12345". The second field is labeled "Nama Anak" and contains the text "M. Haider". The third field is labeled "Jenis Kelamin" and contains a dropdown menu with the text "Laki-laki" and a small downward arrow. The fourth field is labeled "Tanggal Lahir" and contains the text "1-4-2021". The fifth field is labeled "Berat Lahir" and is empty. At the bottom of the form, there is a row of five icons: a house, a person, a document, a list, and a magnifying glass. Below the icons, there is a row of five labels: "Home", "User", "Registration", "List", and "Search".

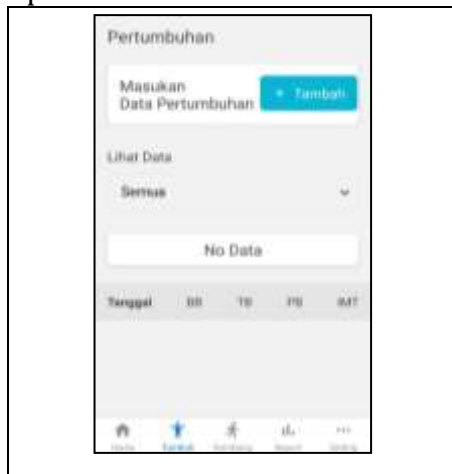
Gambar 8.2 : Halaman depan

- Halaman home



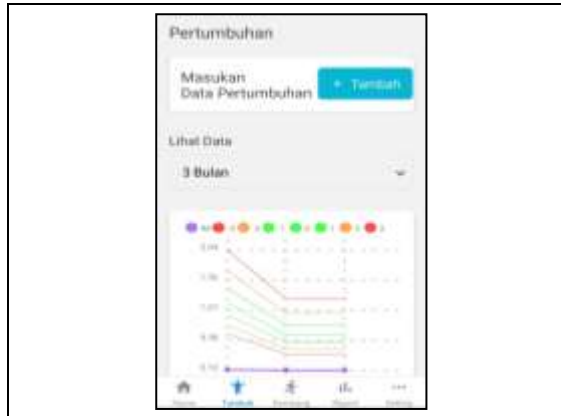
Gambar 8.3 : Halaman home

- Halaman fitur pertumbuhan



Gambar 8.4 : Halaman Fitur pertumbuhan

- Halaman Pertumbuhan



Gambar 8.5 : Halaman Grafik Pertumbuhan

- Halaman Perkembangan

Gambar 8.6 : Halaman Grafik Perkembangan

- Halaman kesimpulan dan rekomendasi



Gambar 8.7 : Halaman kesimpulan dan rekomendasi

8.2.2 Pengujian

Aplikasi DEPA telah melalui tahapan multi-testing yaitu uji panelis ahli materi, uji panelis ahli media dan uji calon user. Kami menggunakan metode pengujian PSSUQ untuk menentukan apakah aplikasi layak atau tidak (Wlil T, 2020). Instrumen penilaian ahli media sebagai berikut;

Tabel 8.2 : Instrumen penilaian aplikasi oleh panelis ahli media

| Atribut | Sub-atribut |
|-----------------------|------------------------------------|
| Implementasi software | Ukuran data sesuai |
| | Mudah instalasinya |
| | Instuksi jelas |
| | Registrasi mudah |
| | Sistem berjalan baik |
| | Aplikasi tidak menyebabkan hp hang |
| | Cara pengoperasiannya simpel |
| | Semua tipe android bisa |
| | Petunjuk bantuan jelas |
| | Alur program jelas |
| Komunikasi visual | Gambar/visual bagus |

| Atribut | Sub-atribut |
|---------|-------------------|
| | Terkesan atraktif |
| | Warna bagus |
| | Font sesuai |

Ketentuan penilaian: 0: sangat tidak layak, 1 sangat layak, cut off: 4,12

Sementara itu instrument panelis ahli materi sebagai berikut:

Tabel 8.3 : Instrumen penilaian aplikasi oleh panelis ahli materi

| Atribut | Sub-atribut |
|--------------------------|------------------------------|
| Logika berpikir | Halaman Dashboard |
| | Algoritma pertumbuhan benar |
| | Algoritma perkembangan benar |
| | Alur benar |
| | Hasil valid |
| | Interpretasi valid |
| | Rekomendasi sesuai |
| Bahasa | Komunikatif dan Bahasa awam |
| | Penggunaan istilah benar |
| Kemungkinan implementasi | Potensi untuk dilaksanakan |

Ketentuan penilaian: 0: sangat tidak layak, 1 sangat layak. Cut off: 4.12

Form penilaian pengguna sebagai berikut :

Tabel 8.4 : Penilaian aplikasi oleh pengguna dengan metode PPSUQ

| Atribut | Sub atribut |
|---------|--|
| SYSUSE | Secara umum saya puas kemudahan penggunaan aplikasi ini |
| | Aplikasi simpel |
| | Saya dapat mengisi hingga selesai dengan mudah Saya merasa nyaman dengan aplikasi ini |
| | Aplikasi ini mudah untuk dipelajari |
| | Saya percaya saya bisa lebih produktif dengan kerja system yang cepat ini |

| Atribut | Sub atribut |
|-----------|---|
| | |
| INFOQUAL | Jika ada kesalahan input, system memberi sinyal dan jalan keluar |
| | Jika ada kesalahan, perbaikan input data mudah dan cepat |
| | Informasi yang disediakan jelas |
| | Saya dengan mudah mendapatkan informasi yang saya cari |
| | Informasinya efektif dan membantu saya hingga selesai sesuai dengan prosedur Susunan informasi dalam layer jelas |
| INTERQUAL | Halaman muka aplikasi bagus |
| | Saya suka halaman interfacenya Aplikasi ini mempunyai fungsi dan kapasitas sesuai dengan harapan saya |
| | Secara umum, saya puas dengan aplikasi ini |

Suability testing dengan pengujian PPSUQ oleh pengguna terdiri dari penilaian SYSUSE (kualitas sistem), INFOQUAL (kualitas informasi) dan INTERQUAL (kualitas antarmuka) dengan total 16 item pertanyaan. Skor nilai antara 1 (sangat setuju) menjadi 7 (sangat tidak setuju), sehingga semakin kecil angka penilaiannya hasilnya semakin baik (Wlil T, 2020). Cut off PPSUQ adalah 1,8.

Hasil pengujian aplikasi DEPA sebagai berikut: a) skor panelis ahli media: 4,5, b) skor panelis ahli materi: 4,3, c) Nilai PPSUQ 1,8. Sehingga aplikasi ini sangat layak digunakan.

8.3 Standar Alat Antropometri

Antropometri merupakan suatu metode untuk menilai derajat kesehatan seseorang melalui pengukuran fisik. Pada anak-anak (0-18 tahun), alat ukur antropometri telah diatur menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan meliputi ukuran, proporsi, komposisi tubuh sebagai rujukan untuk menilai status gizi dan tren pertumbuhan anak (Kemenkes RI, 2020) (Kemenkes RI, 2022)

Parameter untuk menentukan standar antropometri anak meliputi 4 indeks yang disusun berdasarkan parameter berat

badan dan panjang/tinggi badan. Kombinasi keempat indeks tersebut meliputi:

- a. Berat Badan menurut Umur (BB/U);
- b. Panjang/Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U);
- c. Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB); d. Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U).

Standar alat untuk pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak telah ditentukan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/51/2022(Kemenkes RI, 2022). Pemantauan pertumbuhan anak menggunakan alat antropometri/antropometri kit meliputi baby scale, timbangan digital, timbangan dacin, infantometer, mikrotoa, pita LILA/LKA. Secara detail sebagai berikut;

8.3.1 Mengukur Berat Badan Balita

| Alat ukur berat badan <i>baby scale</i> (Kemenkes RI, 2022): | |
|---|--|
| | Cara penggunaan |
|   <p>Stay close to the child.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat ukur berat badan bayi (<i>baby scale</i>) diletakkan di tempat yang rata, datar, dan keras sehingga tidak mudah bergerak dan ruangan cukup terang. 2. Alat ukur berat badan bayi (<i>baby scale</i>) harus bersih dan tidak ada beban lain di atas timbangan. 3. Baterai dipasang pada tempatnya dengan memperhatikan posisi baterai jangan sampai terbalik. 4. Tombol <i>power/on</i> dinyalakan dan memastikan angka pada jendela baca menunjukkan angka nol. Posisi awal harus selalu berada di angka nol. 5. Bayi dengan pakaian seminimal mungkin diletakkan di atas alat ukur berat badan bayi (<i>baby scale</i>) hingga angka berat badan muncul pada layar alat ukur berat badan bayi (<i>baby scale</i>) dan sudah tidak berubah. 6. Berat badan bayi dicatat dalam satuan kilogram (kg) dengan dua desimal (2 digit di belakang koma). |
| Alat ukur berat badan injak digital | Cara penggunaan: |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan kelengkapan dan kebersihan timbangan. 2. Memasang baterai pada timbangan yang menggunakan baterai. 3. Meletakkan timbangan di tempat yang datar, keras, dan cukup |



*Alat ukur berat badan
injak digital*



*Menimbang berat badan anak yang
sudah bisa berdiri*

cahaya.

4. Menyalakan timbangan dan memastikan bahwa angka yang muncul pada layar baca adalah 00,0.
5. Sepatu dan pakaian luar anak harus dilepaskan atau anak menggunakan pakaian seminimal mungkin.
6. Anak berdiri tepat di tengah timbangan saat angka pada layar timbangan menunjukkan angka 00,0, serta tetap berada di atas timbangan sampai angka berat badan muncul pada layar timbangan dan sudah tidak berubah.
7. Untuk anak yang belum bisa berdiri atau tidak mau berdiri sendiri, penimbangan dilakukan bersama dengan ibunya dengan langkah sebagai berikut:
 - a. Untuk timbangan konvensional
 - 1) Ibu melepas alas kaki, pakaian luar/tebal, dompet, tas, handphone, dan barang lainnya.
 - 2) Menyalakan timbangan hingga muncul angka 00,0 pada layar baca.
 - 3) Ibu diminta berdiri tepat di tengah alat timbang serta tetap berada di atas timbangan sampai angka berat badan muncul pada layar timbangan dan sudah tidak berubah.
 - 4) Hasil timbangan berat badan ibu dicatat.
 - 5) Ibu diminta turun dari timbangan.








*Menimbang berat badan anak yang
belum bisa berdiri*

- 6) Ibu menggendong anaknya (pakaian anak harus seminimal mungkin) dan diminta berdiri kembali di alat timbang sampai angka berat badan muncul pada layar timbangan dan tidak berubah.
- 7) Hasil timbangan berat badan ibu dan anak dicatat.
- 8) Berat badan anak dicatat dengan cara mengurangi berat badan ibu dan anak dengan berat badan ibu saja

b. Untuk timbangan *tared*

- 1) Ibu melepas alas kaki, pakaian luar/tebal, dompet, tas, handphone, dan barang lainnya.
- 2) Menyalakan timbangan hingga muncul angka 00,0 pada layar baca.
- 3) Ibu diminta berdiri di atas timbangan, tepat di tengah alat timbang serta tetap berada di atas timbangan sampai angka berat badan muncul pada layar timbangan dan sudah tidak berubah.
- 4) Menekan tombol (atau menggerakkan telapak tangan di atas layar baca pada timbangan dengan sumber energi cahaya) hingga muncul kembali angka 00,0.

Menyerahkan anak (pakaian anak harus seminimal mungkin) kepada ibu, lalu membaca hasil penimbangan yang ditunjukkan pada layar

| | |
|--|--|
| | baca dan segera dicatat. |
| Mengukur berat badan dengan dacin (Kemenkes RI, 2022): | Cara Penggunaan |
|  <p><i>Dacin</i></p>  | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dacin digantungkan pada tempat yang kokoh seperti pelana.  2. Memeriksa kekokohan pemasangan dacin dengan cara menarik batang dacin ke bawah.  3. Meletakkan bandul geser pada angka nol dan memeriksa ujung kedua paku timbang harus dalam posisi lurus.  4. Meletakkan sarung/kotak/celana timbang yang kosong pada dacin. |



Celana timbang



*Kotak timbang
(dapat dimodifikasi)*



Sarung timbang

5. Menyeimbangkan dacin yang telah dibebani dengan sarung/kotak/celana timbang dengan memasang kantung plastik berisikan pasir/beras/kerikil di ujung batang dacin, sampai kedua jarum timbang di atasnya tegak lurus.


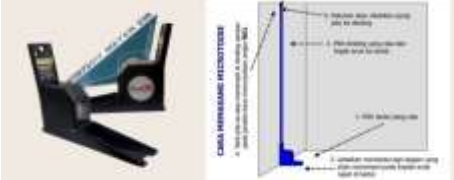


6. Balita memakai pakaian seminimal mungkin (sepatu, popok, topi, baju, aksesoris, jaket, dan celana yang tebal harus dilepas).
7. Balita diletakkan ke dalam sarung/kotak/celana timbang.
8. Bandul digeser sampai jarum tegak lurus lalu baca berat badan balita dengan cara melihat angka di ujung bandul geser bagian dalam.
9. Hasil penimbangan dicatat dalam kg dan ons (satu angka di

| | |
|--|---|
| | <p>belakang koma).</p> <p>10. Bandul dikembalikan ke angka nol dan balita dapat dikeluarkan dari sarung/kotak/celana timbang.</p> |
|--|---|

8.3.2 Mengukur Tinggi Badan Balita

| Infantometer (Kemenkes RI, 2022) | Cara penggunaan |
|---|--|
|  <p>Alat ukur panjang badan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat harus dipastikan dalam kondisi baik dan lengkap, alat penunjuk ukuran (meteran) dapat terbaca jelas dan tidak terhapus atau tertutup. 2. Alat ditempatkan pada tempat yang datar, rata dan keras. 3. Alat ukur panjang badan dipasang sesuai petunjuk. 4. Pada bagian kepala papan ukur dapat diberikan alas kain yang tipis dan tidak mengganggu pergerakan alat geser. 5. Panel bagian kepala diposisikan pada sebelah kiri pengukur. Posisi pembantu pengukur berada di belakang panel bagian kepala. 6. Anak dibaringkan dengan puncak kepala menempel pada panel bagian kepala (yang tetap). Pembantu pengukur memegang dagu dan pipi anak dari arah belakang panel bagian kepala. Garis imajiner (dari titik cuping telinga ke ujung mata) harus tegak lurus dengan lantai tempat anak dibaringkan. |
| Lenghtboard/infantometer | |

| | |
|---|--|
|  | <ol style="list-style-type: none"> Pengukur memegang dan menekan lutut anak agar kaki rata dengan permukaan alat ukur. Alat geser digerakkan ke arah telapak kaki anak hingga posisi telapak kaki tegak lurus menempel pada alat geser. Pengukur dapat mengusap telapak kaki anak agar anak dapat menegakkan telapak kakinya ke atas, dan telapak kaki segera ditempatkan menempel pada alat geser. Pembacaan hasil pengukuran harus dilakukan dengan cepat dan seksama karena anak akan banyak bergerak. Hasil pembacaan disampaikan kepada pembantu pengukur untuk segera dicatat. |
| <p>Mengukur tinggi badan dengan microtoise</p> | <p>Cara menggunakan</p> |
|  | <ol style="list-style-type: none"> Sebelum digunakan, pastikan letak <i>microtoise</i> (alat ukur TB) diletakkan dengan benar, yaitu: angka 0 pada lantai dan tembok yang rata. Tempelkan <i>microtoise</i> (dengan paku) pada dinding yang lurus (900) – datar setinggi tepat 2 meter. Biarkan <i>microtoise</i> menggantung pada dinding subyek yang akan diukur melepaskan sepatu/sandal, topi, dsb. |

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 4. Kepala bagian belakang, punggung, dan pantat menempel pada dinding dan muka menghadap lurus ke depan kaki rapat dan lurus, apabila sulit sehingga kaki menekuk, luruskan kaki dengan cara tekanlah lutut pada tembok dan luruskan. 5. Turunkan <i>microtoise</i> sampai tepat di atas kepala (bagian atas, ubun-ubun), siku-siku lurus menempel pada dinding. 6. Tinggi badan diketahui dari angka. 7. Petugas yang melihat angka pada mikrotoise lebih tinggi dari klien. |
| <p>Alat ukur panjang dan tinggi badan</p> | |
| <div data-bbox="331 887 451 1111" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="319 1156 515 1317" data-label="Image"> </div> <p>Alat ukur panjang dan tinggi badan</p> | <p>Cara pemasangan alat ini disesuaikan dengan tujuan penggunaan. Jika akan digunakan untuk mengukur panjang badan, alat diletakkan berbaring di atas permukaan yang rata, dan jika akan digunakan untuk mengukur tinggi badan, alat ini diletakkan berdiri. Prinsip penggunaan alat sama dengan infantometer dan <i>microtoise</i>.</p> <div data-bbox="703 1256 1047 1499" data-label="Image"> </div> |

8.4 Standar pemantauan perkembangan anak dengan alat deteksi dini perkembangan anak/SDIDTK kit.

Dalam Surat Keputusan Menkes No Nomor Hk.01.07/Menkes/51/2022 Tentang Standar Alat Antropometri Dan Alat Deteksi Dini Perkembangan Anak. SDIDTK kits meliputi kubus, lonceng, kerincingan, wol merah, boneka, kelereng, bola kecil, bola besar, cangkir, biji-bijian dan botol, pensil warna, kertas dan lain sebagainya (Permenkes RI, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Afifa, I. 2019. 'The Cadre Performa in Stunting Prevention: Rule of Working Duration as Cadre, Knowledge, and Motivation', *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 30(4), pp. 336–341. Available at: <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2019.030.04.19>.
- Casadei K, K.J. 2021. *Anthropometric Measurement*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Casale, D., Desmond, C. and Richter, L. 2014. 'The association between stunting and psychosocial development among preschool children: a study using the South African Birth to Twenty cohort data.', *Child: care, health and development*, 40(6), pp. 900–10. Available at: <https://doi.org/10.1111/cch.12143>.
- Dewey, K.G. and Begum, K. 2011. 'Long-term consequences of stunting in early life.', *Maternal & child nutrition*, 7 Suppl 3, pp. 5–18. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00349.x>.
- Dewi, R. and Anisa, R. 2018. 'The Influence of Posyandu Cadres Credibility on Community Participation in Health Program', *Jurnal The Messenger*, 10(1), p. 83. Available at: <https://doi.org/10.26623/themessenger.v10i1.596>.
- Hartinger, S.M. *et al.* 2017. 'Impact of a child stimulation intervention on early child development in rural Peru: A cluster randomised trial using a reciprocal control design', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(3), pp. 217–224. Available at: <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206536>.
- Kemenkes RI. 2010. 'SK Menkes No.1995 Tahun 2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak'. Jakarta, Indonesia.
- Kemenkes RI. 2020. 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak'.
- Kemenkes RI. 2022. *Kepmenkes RI no 07/Menkes/51/2022 Tentang Standar Alat Antropometri Dan Alat Deteksi Dini Perkembangan Anak*. Jakarta, Indonesia: Kementerian Kesehatan RI. Available at:

- <https://peraturanpedia.id/keputusan-menteri-kesehatan-nomor-hk-01-07-menkes-51-2022/> (Accessed: 20 October 2021).
- Kiky Nur Meylia, Tri Siswati, Bunga Astria Parammashanti, F.S. hati. 2022. 'Fine motor, gross motor, and social independence skills among stunted and non-stunted children', *Early Child Development and Care*, 192(1), pp. 95–102. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1739028>.
- de Onis, M. and Branca, F. 2016. 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal and Child Nutrition*, 12, pp. 12–26. Available at: <https://doi.org/10.1111/mcn.12231>.
- Oumer, A. *et al.* 2022. 'Stunting and Underweight, but not Wasting are Associated with Delay in Child Development in Southwest Ethiopia', *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, Volume 13(October 2021), pp. 1–12. Available at: <https://doi.org/10.2147/phmt.s344715>.
- Permenkes RI. 2020. *Permenkes RI No 2 tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak*. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/152505/permenkes-no-2-tahun-2020> (Accessed: 23 September 2021).
- Permenkes RI. 2022. 'Standar Alat Antropometri dan Deteksi Dini Perkembangan Anak'. Jakarta, Indonesia, pp. 1–33.
- Prendergast, A.J. and Humphrey, J.H. 2014. 'The stunting syndrome in developing countries', *Paediatrics and International Child Health*, 34(4), pp. 250–265. Available at: <https://doi.org/10.1179/2046905514Y.00000000158>.
- Sriastini, W. *et al.* 2021. 'Dampak Pandemi Covid-19 Terhadap Pelayanan Kesehatan Balita', *Jurnal Keluarga Berencana*, 6(1), pp. 1–10. Available at: <https://ejurnal.bkkbn.go.id/kkb/article/download/56/41>.
- UGM, F. 2020. *Pulih Covid 19 Gizi_Peta Situasi Dampak Covid-19_Nasional, FKMK, UGM*.
- Wlil T. 2020. 'PSSUQ (Post-Study System Usability Questionnaire) -', *UIUX Trend*, pp. 1–12.

BIODATA PENULIS



Prasanti Adriani, S.SiT.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.
Staf Dosen Universitas Harapan Bangsa

Penulis lahir di Purbalingga 10 Juni 1987. Sulung dari empat bersaudara merupakan anak tertua Bapak Apit Achmad Muhajir dan Ibu Saringah serta istri dari Joko Priyadi. Penulis bertempat tinggal di Desa Kedungmenjangan, Kecamatan Purbalingga, Kabupaten Purbalingga, Provinsi Jawa Tengah. Lulus Strata Dua di Program Studi Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro tahun 2014. Saat ini sedang menempuh studi lanjut Strata Tiga Program Studi Penyuluhan Pembangunan-Promosi Kesehatan Universitas Sebelas Maret dengan Beasiswa Pendidikan Indonesia (BPI) tahun 2021.

Penulis memulai karir dosen tahun 2010, di tahun 2012 sampai dengan sekarang sebagai dosen tetap Yayasan di Universitas Harapan Bangsa. Mata kuliah yang diampu antara lain Promosi Kesehatan, Keperawatan Dasar, Ilmu Biomedik Dasar, Gizi dan Diet, Komunikasi Keperawatan, Farmakologi, Etika Keperawatan, Antropologi Kesehatan, Surveilans Kesehatan Masyarakat, Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia.

Penulis aktif melakukan penelitian, pengabdian masyarakat dan menulis berbagai jurnal ilmiah. Karya ilmiah terbaru antara lain *Proceedings Effectiveness of the Finger Handled Relaxation and the Self-Tapping Relaxation Technique on Dysmenorrhoea Pain in Nursing Students* dan *The Effectiveness of Self-Tapping to Pain of Dysmenorrhoea* dipublikasikan di Atlantis Press Februari 2020. *The Management of Chronic Heart Failure ; A Nursing Care Perspective* tahun 2021.

BIODATA PENULIS



Iseu Siti Aisyah

Dosen tetap di Universitas Siliwangi Program Studi Gizi

Penulis lahir di Bandung pada tanggal 24 Juni 1980. Penulis merupakan dosen tetap di Universitas Siliwangi Program Studi Gizi. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S1 di Institut Pertanian Bogor jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga tahun 2004, dan menyelesaikan S2 di Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran tahun 2009. Saat ini sedang menempuh pendidikan S3 bidang Ilmu Gizi di Institut Pertanian Bogor.

Penulis aktif mengajar mata kuliah Gizi Masyarakat, Ilmu Gizi Dasar, Metablisme Gizi Mikro, Masalah Gizi Ganda dan Isu Diet Mutakhir. Penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat dalam bidang Gizi dan Kesehatan Masyarakat, yang artikelnya telah dipublikasikan di jurnal Nasional terakreditasi. Saat ini penulis mendapat tugas tambahan sebagai Wakil Dekan II bidang administrasi Umum dan Keuangan.

BIODATA PENULIS



Susilo Wirawan, SKM MPH

Staf Dosen Jurusan Gizi Poltekkes Yogyakarta

Susilo Wirawan, SKM, MPH lahir di Ponorogo 15 Januari 1970 adalah dosen tetap di Prodi Pendidikan Profesi Dietisien Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan dasar di SDN Ronowi- jayan II, pendidikan menengah di SMPN 2 Ponorogo (1987) dan SMAN 1 Ponorogo (1990).

Selanjutnya penulis mengikuti pendidikan tinggi mulai dari Pendidikan Ahli Madya (PAM) Gizi Malang (1993), Sarjana S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Unair Surabaya (2001) dan menyelesaikan pendidikan magister pada peminatan Sistem Informasi Manajemen Kesehatan (SIMKES) pada bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran, UGM Yogyakarta (2009). Pengalaman bekerja diawali bertugas sebagai asisten dosen di Akademi Gizi Depkes Mataram (1994-2000), yang selanjutnya menjadi dosen dengan jabatan fungsional dari asisten ahli hingga lektor di Poltekkkes Kemenkes Mataram (2001 -2020).

Selain mengajar di Poltekkes Kemenkes Mataram penulis mengajar pula sebagai dosen tidak tetap di berbagai perguruan tinggi swasta lainnya di antaranya Stikes Qomarul Huda, Bagu (Lombok Tengah), Poltekkes Medica Farma (Mataram), Stikes Hasanudin (Mataram) dan Stikes Hanani (Mataram). Sejak Januari 2021 penulis berpindah tugas ke Poltekkes Kemenkes Yogyakarta hingga saat ini. Dalam proses belajar mengajar penulis menguasai beberapa MK di antaranya Pemberdayaan Masyarakat dan Promosi

Gizi, Statistik, Metodologi Penelitian, Aplikasi komputer, Ilmu Komunikasi dan mata kuliah lainnya.

Penulis telah menghasilkan empat buah karya berupa buku di antaranya ***“Gizi Ibu Hamil”*** yang telah memiliki HAKI dan ISBN (Penerbit Forikes, 2018), ***“Statistik Untuk Tenaga Kesehatan”*** yang telah mendapatkan ISBN (Penerbit Pustaka Baru Press, 2021) dan menulis dua buah *Book Chapter* yaitu ***“Ilmu Kesehatan Masyarakat”*** dan ***“Promosi Kesehatan”*** yang telah memiliki HAKI dan mendapatkan ISBN (Penerbit Getpres, 2022).

Pengalaman bekerja selain aktifitas mengajar penulis pernah mengikuti berbagai kegiatan pendidikan dan pelatihan di antaranya Pendidikan Akta Mengajar III di IKIP Negeri Semarang (1997), Pelatihan *Virtual Training Studio (VTS)* di Mataram (2003), Pelatihan dalam rangka penelitian ***“Operational Study on Delivery of Vitamin A Capsules to Post Partum Women”*** yang dilaksanakan oleh Puslitbang Gizi dan Makanan Depkes RI (2004) dan *Regional Course “Nutritional Epidemiology and Surveillance”* yang diselenggarakan oleh SEAMEO RECFON di Universitas Indonesia, Jakarta (2012). Selanjutnya pada tahun 2022 penulis juga telah mengikuti pelatihan PEKERTI yang diselenggarakan oleh Universitas Negeri Yogyakarta/UNY.

Sedangkan pengalaman dalam bidang penelitian yang menjadi salah satu unsur tri dharma Perguruan Tinggi antara lain penulis telah ikut terlibat dalam berbagai riset tingkat regional maupun skala Nasional seperti Riset Kesehatan Dasar/RISKESDAS (2010 dan 2013), Riset Fasilitas Kesehatan/RIFASKES (2011), Riset Intervensi Kesehatan/RIK (2014-2016), Riset Tenaga Kesehatan/RISNAKES (2017) dan Survey Status Gizi Indonesia/SSGI (2022) yang dibiayai oleh Balitbangkes Kemenkes RI. Sebagai seorang Aparatur Sipil Negara (ASN) penulis telah memperoleh Piagam tanda Kehormatan Satyalancana Karya Satya X (2004) dan XX dari Presiden RI (2014). Penulis juga telah menerima penghargaan sebagai dosen berprestasi Tingkat Potekkes Kemenkes Mataram 2015 dan mewakili Poltekkes Mataram pada tingkat Nasional (2015).

BIODATA PENULIS



Laeli Nur Hasanah

Dosen Gizi Universitas PGRI Yogyakarta

Penulis lahir di Wonosobo tanggal 8 Maret 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Gizi Fakultas Sains dan Teknologi, Universitas PGRI Yogyakarta. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S1 di program studi Ilmu Gizi, Institut Pertanian Bogor (IPB) tahun 2008 dan melanjutkan pendidikan S2 Ilmu Gizi di IPB tahun 2015.

Penulis menekuni bidang menulis dan pengembangan komunitas remaja peduli kesehatan dan gizi, yakni @wonosobosehat. Beberapa judul buku yang pernah ditulis bersama kolaborator penulis adalah Tumbuh Kembang Anak (2021), Pengantar Kesehatan dan Gizi (2021), Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat (2021), Pangan dan Gizi (2022), Pendidikan dan Promosi Kesehatan (2022).

BIODATA PENULIS



Dr. Idris, SKM., M.Kes.

Idris, lahir di Pakalu pada tanggal 31 Desember 1964, merupakan anak ke-3 dari 6 bersaudara dari pasangan Ibunda Ramlah dan Ayahanda Saing. Penulis berkebangsaan Indonesia dan beragama Islam. Kini penulis beralamat di Lingkungan Pakalu Kelurahan Kalabbirang, Kecamatan Bantimurung, Kabupaten Maros, Provinsi Sulawesi Selatan. Menikah dengan Andi Nursiah dan dikarunia 3 (tiga) orang anak yang terdiri dari dua (2) orang putra bernama Andi M. Yusuf dan Andi M. Ramadhan serta seorang putri bernama Andi Nirwana. Adapun riwayat pendidikan penulis, yaitu pada tahun 1976 lulus dari SD Negeri Pakalu 2. Tahun 1980 lulus dari SMP Negeri Bantimurung dan melanjutkan ke SMA Negeri 1 Maros, lulus tahun 1983. Kemudian melanjutkan di Sekolah Pembantu Penilik Higiene (SPPH) Sanitasi, lulus tahun 1984. Setelah itu kuliah di Akademi Ilmu Gizi (AIGI) Indonesia, lulus tahun 1990. Kemudian di lanjutkan lagi kuliah Strata Satu (S1) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar, lulus pada tahun 2004. Tidak berhenti di situ, kembali melanjutkan program magister Strata Dua (S2) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar, lulus pada tahun 2010. Semester akhir tahun 2016 penulis telah menyelesaikan pendidikan Strata Tiga (S3) di Universitas Negeri Makassar Program Studi PK.

BIODATA PENULIS



Dr. Andi Nursiah, SKM., M.Kes.

Andi Nursiah, lahir di Makassar pada tanggal 31 Desember 1967, merupakan anak ke-2 dari 2 bersaudara dari pasangan Ibunda Hj. Andi Tahira dan Ayahanda H. Andi Cella. Penulis berkebangsaan Indonesia dan beragama Islam. Kini penulis beralamat di Lingkungan Pakalu Kelurahan Kalabbirang, Kecamatan Bantimurung, Kabupaten Maros, Provinsi Sulawesi Selatan. Menikah dengan Idris dan dikarunia 3 (tiga) orang anak yang terdiri dari dua (2) orang putra bernama Andi M. Yusuf dan Andi M. Ramadhan serta seorang putri bernama Andi Nirwana. Adapun riwayat pendidikan penulis, yaitu pada tahun 1980 lulus dari SDN No 129 Wata Bola. Tahun 1983 lulus dari SMP Negeri Pompanua dan melanjutkan ke Sekolah Menengah Umum Tingkat Atas Swasta Terdaftar PGRI Pompanua, lulus tahun 1986. Kemudian melanjutkan di Akademi Gizi Indonesia Ypag, lulus tahun 1991. Kemudian di lanjutkan lagi kuliah Strata Satu (S1) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar, lulus pada tahun 2008. Tidak berhenti di situ, kembali melanjutkan program magister Strata Dua (S2) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar, lulus pada tahun 2010. Semester awal tahun 2019 penulis telah menyelesaikan Strata Tiga (S3) di Universitas Negeri Makassar Program Studi PKLH.

BIODATA PENULIS



Ari Yulistianingsih, S.Gz., M.Gizi
Staf Dosen Program Studi Gizi

Penulis lahir di Jepara tanggal 30 Juli 1992. Penulis merupakan dosen tetap di Program Studi S1 Gizi, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon terhitung mulai tahun 2018. Penulis menamatkan Pendidikan Sarjana di Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro tahun 2014, kemudian menyelesaikan Magister Ilmu Gizi bidang peminatan Gizi Klinik di Magister Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro tahun 2017. Selain itu, penulis aktif dalam berbagai kegiatan penelitian nasional dalam bidang gizi dan kesehatan yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan RI dan Ristek/BRIN.

BIODATA PENULIS



Dr. Tri Siswati,SKM,M.Kes

Lektor Kepala di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Penulis lahir di Kendal tanggal 15 Maret 1974. Penulis adalah dosen tetap pada program studi Gizi, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, alumni Sarjana Kesehatan Masyarakat UNDIP pada tahun 1996, Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM tahun 2003, dan menyelesaikan Program Doktor di UGM tahun 2018 dengan bidang penelitian stunting balita.

Email: tri.siswati@poltekkesjogja.ac.id

WA: 087739666204