



STATUS GIZI PRAHAMIL IBU SEBAGAI FAKTOR DOMINAN KEJADIAN STUNTING PADA BALITA (24-59 BULAN) DI KABUPATEN KERINCI

Ummi Kalsum^{1*}, Islakhiyah²

¹Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Jambi, Jl. Letjen Soeprapto No. 33 Telanaipura, Jambi 36122, Indonesia

²BKKBN Kantor Perwakilan Provinsi Jambi, JL. R. Moh. Nuradma Dibrata, No. 19, Telanai Pura, Buluran Kenali, Kec. Telanaipura, Kota Jambi, Jambi 36123, Indonesia

*ummi_kalsum@unja.ac.id

ABSTRAK

Stunting masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia demikian pula di Provinsi Jambi. Prevalensi tertinggi terjadi di Kabupaten Kerinci diantara 11 Kabupaten/Kota. Banyak penyebab terjadinya stunting baik langsung maupun tidak. Tujuan penelitian adalah menganalisis determinan kejadian stunting pada balita di Kabupaten Kerinci. Metode penelitian cross sectional. Populasi adalah balita berumur 24-59 bulan. Sampel berjumlah 348 balita dipilih secara multistage random sampling. Variabel terikat adalah Stunting diukur dengan Tinggi Badan/Umur < 2 SD. Analisis secara deskriptif, Chi-square dan analisis Regresi Logistik Ganda. Proporsi kejadian stunting pada balita (24-59 bulan) sebesar 45,4%. Faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting adalah umur kehamilan (PR: 1,26 95% CI:1,04-1,53), ASI eksklusif (PR: 1,25 95% CI: 1,03-1,52), pekerjaan ibu (PR: 1,22 95%CI: 1,01-1,48), pengetahuan Ibu (PR: 1,25 95% CI: 1,03-1,51), status gizi prahamil Ibu (PR: 1,44 95% CI: 1,00-2,07), dan Tinggi Badan Ibu (PR: 1,33 95% CI: 1,09-1,63). Faktor dominan terhadap kejadian stunting adalah status gizi prahamil Ibu (PR: 2,05 95% CI: 1,04-4,04) setelah dikontrol dengan pemberian ASI eksklusif, umur ibu saat hamil dan umur pernikahan pertama.

Kata kunci: balita; determinan; gizi prahamil; KEK; stunting

NUTRITIONAL STATUS OF MOTHER'S PRE-PREGNANCY AS A DOMINANT FACTOR OF STUNTING IN UNDER FIVE CHILDREN (24-59 MONTHS) IN KERINCI DISTRICT

ABSTRACT

Stunting is a health problem in Indonesia as well as in Jambi Province. The highest prevalence of stunting is in Kerinci Regency. There were many causes of stunting, directly or indirectly. This study aim was to analyze the determinants of stunting in under five children in Kerinci Regency. The research method was cross sectional. The population was children aged 24-59 months. The sample amounted to 348 people who were selected randomly. The dependent variable was Stunting as measured by Height/Age < 2 SD. Descriptive analysis, Chi-square and Multiple Logistics Regression analysis. The proportion of stunting was 45.4%. Factors related to stunting were gestational age (PR: 1.26 95% CI:1.04-1.53), exclusive breastfeeding (PR: 1.25 95% CI: 1.03-1.52), mother's occupation (PR: 1.22 95%CI: 1.01-1.48), mother's knowledge (PR: 1.25 95% CI: 1.03-1.51), pre-pregnancy nutritional status (PR: 1, 44 95% CI: 1.00-2.07), and mother's height (PR: 1.33 95% CI: 1.09-1.63). The dominant factor of stunting was pre-pregnancy nutritional status (PR: 2.05 95% CI: 1.04-4.04) after being controlled by exclusive breastfeeding, the age of the mother during pregnancy and the age of the first marriage

Keywords: CED; pre-pregnancy nutritional status; stunting; under five children

PENDAHULUAN

Gizi adalah salah satu unsur penting dalam pembangunan sumber daya manusia berkualitas. Kecukupan gizi sangat diperlukan oleh setiap individu, sejak janin, bayi, anak-anak, remaja, dewasa sampai lanjut usia, dimana Ibu atau calon ibu merupakan kelompok yang rentan. Indonesia saat ini menghadapi *triple burden* permasalahan gizi yakni gizi kurang, gizi lebih dan

defisiensi mikronutrien. Permasalahan yang mendapatkan prioritas tinggi saat ini di Indonesia dan juga dunia adalah permasalahan gizi kurang yang berfokus pada stunting (pendek) pada anak-anak khususnya balita (Kemenkes RI, 2018).

Indonesia merupakan negara dengan angka prevalensi stunting tertinggi ketiga di Asia pada tahun 2017 yaitu 36,4% (UNICEF et al., 2020). Prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2018 hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) adalah sebesar 30,8%. Meskipun menurun dibanding tahun 2013, namun masih belum mencapai angka < 20% (Kemenkes RI, 2014, 2019a). Dikatakan sudah tidak masuk kategori rendah jika prevalensi stunting < 20%. Stunting juga masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Provinsi Jambi, dimana hasil Riskesdas tahun 2018, prevalensi *stunting* di Provinsi Jambi mencapai 30,2%, lebih tinggi jika dibandingkan angka nasional (Kemenkes RI, 2019b).

Diantara Kabupaten/Kota yang ada, tujuh Kabupaten di Provinsi Jambi dengan angka stunting > 30%. Tiga Kabupaten tertinggi adalah Tanjung Jabung Barat, Tanjung Jabung Timur dan Kerinci (Kemenkes RI, 2019b). Hasil Pemantauan Status Gizi di Provinsi Jambi tahun 2015-2017, Kerinci merupakan Kabupaten dengan prevalensi tertinggi kejadian *Stunting*. Prevalensi kejadian stunting di Kabupaten Kerinci tahun 2015 (33,2%), tahun 2016 (36,1%) dan tahun 2017 (35,0%). Kabupaten Kerinci menjadi salah satu lokus prioritas penanganan stunting di Provinsi Jambi sejak tahun 2018 (Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2017). Hasil Survey Status Gizi Balita Indonesia (SSGI) tahun 2019 juga masih menunjukkan hasil prevalensi tertinggi stunting di Kabupaten Kerinci yakni sebesar 33,85% (Kemenkes RI, 2019).

Dampak stunting adalah gangguan perkembangan otak sehingga menurunkan kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik serta gangguan metabolisme. Dampak jangka panjang adalah menurunnya kemampuan kognitif otak, kesulitan belajar, kekebalan tubuh lemah hingga mudah sakit serta berisiko tinggi munculnya penyakit metabolik. Saat dewasa akan bertubuh pendek, tingkat produktivitas rendah serta tidak punya daya saing di dunia kerja. Stunting merupakan ancaman utama dalam mewujudkan sumber daya manusia Indonesia yang berkualitas (Bappenas, 2018). Secara tidak langsung, stunting dapat menghilangkan 11% produk domestik bruto (PDB) dan mengurangi pendapatan pekerja dewasa hingga 20%. Juga dapat mengurangi 10% dari total pendapatan seumur hidup dan menimbulkan kemiskinan antar-generasi. Stunting yang terjadi saat balita dapat meningkatkan risiko menderita penyakit degeneratif saat dewasa hingga berkontribusi meningkatkan risiko kematian pada anak (UNICEF et al., 2020; WHO, 2018).

Determinan terjadinya stunting multifaktorial seperti kurangnya asupan gizi yang dimulai pada masa kehamilan, kurangnya masa menyusui Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, praktek pengasuhan yang tidak baik, gizi ibu saat hamil atau prahamil seperti Kurang Energi Kronis atau Anemia, penyakit infeksi, kurangnya asupan gizi pada bayi, terbatasnya layanan kesehatan, kurangnya akses terhadap makanan yang bergizi, kondisi sosial ekonomi, juga faktor lainnya seperti rendahnya akses sanitasi serta kebersihan lingkungan yang buruk menjadikan anak terkontaminasi bakteri (UNICEF, 2012, 2019; UNICEF et al., 2020)

Kerangka konsep dari WHO menyebutkan bahwa faktor penyebab langsung stunting pada anak yaitu asupan makanan berupa MP-ASI (makanan Pendamping ASI) tidak adekuat, praktik menyusui eksklusif atau durasi menyusui yang kurang dari 24 bulan, penyakit infeksi Faktor penyebab tidak langsung stunting yaitu faktor sosial dan komunitas yaitu politik ekonomi, kesehatan dan pelayanan kesehatan, pendidikan, sosial dan kebudayaan, sistem pertanian dan sistem ketahanan pangan, air, sanitasi dan lingkungan (WHO, 2013; Stewart et al., 2013).

Faktor-faktor tersebut berperan terhadap kejadian stunting pada balita. Banyak program dan upaya penanggulangan yang sudah dilaksanakan oleh Pemerintah, namun hingga saat ini belum mampu menurunkan angka kejadian stunting sesuai target yang ditetapkan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis determinan kejadian stunting pada balita (24-59 bulan) di Kabupaten Kerinci, Provinsi Jambi.

METODE

Metode penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Populasi adalah balita berumur 24-59 bulan di Kabupaten Kerinci. Sampel dipilih secara *multistage random sampling* berjumlah 348 orang balita. Kriteria inklusi yang digunakan adalah balita berumur 24-59 bulan, lahir tunggal, memiliki orang tua lengkap (ayah dan ibu kandung), tinggal dan diasuh oleh ibu kandungnya serta tinggal di wilayah penelitian minimal satu tahun sebelum penelitian dilaksanakan. Sedangkan kriteria eksklusi adalah balita yang memiliki kelainan kongenital atau menderita penyakit kronis/cacat bawaan atau ibu kandung tidak bersedia menjadi responden. Data dikumpulkan pada bulan Juni 2021 dengan metode wawancara menggunakan kuesioner terstruktur yang dikembangkan oleh Peneliti dan telah diuji coba, juga pengukuran pola konsumsi dengan *food frequency semi-qualitative questionnaire* (FFQ). Dilakukan pengukuran antropometri berupa tinggi badan anak dan orang tua kandung, juga pengukuran Lingkar Lengan atas (LiLA) ibu.

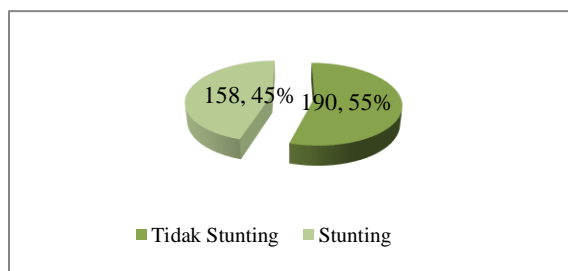
Alat ukur tinggi badan menggunakan stadiometer (*microtoise*) yaitu alat yang digantung di dinding dengan ketelitian 0,1 cm. Sedangkan pita untuk pengukuran Lingkar lengan atas dengan ketelitian 0,1 cm. Pengukuran dilakukan oleh tenaga enumerator yang sudah dilatih dan distandarisi oleh Tim Peneliti yang merupakan lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Jambi berdomisili di Kabupaten Kerinci. Variabel bebas adalah jenis kelamin, berat badan lahir, panjang badan lahir, umur kehamilan, ASI eksklusif, inisiasi menyusui dini, durasi menyusui, penyakit infeksi dan pola makan balita, umur ibu saat menikah, umur saat hamil, pendidikan, pekerjaan dan tingkat pengetahuan ibu, tingkat religiusitas, status gizi prahamil, anemia saat hamil, paritas, status kehamilan, jarak kelahiran, tinggi badan ibu, perilaku hygiene ibu, perkawinan sekerabat, tingkat sosial ekonomi, sanitasi dasar dan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan, juga keaktifan kelompok Bina Keluarga Balita, keaktifan kegiatan Posyandu, ada tidaknya kursus calon pengantin dan keterlibatan pihak Desa/Kecamatan. Variabel terikat adalah *Stunting* menggunakan indikator Tinggi Badan/Umur < 2 Standar Deviasi. Analisis data secara deskriptif, Uji *Chi-square* dan analisis *Multivariate* menggunakan Uji Regresi Logistik Ganda pada tingkat kepercayaan 95%.

Perlindungan subyek penelitian dilakukan dengan menghormati hak responden dan memegang prinsip etik dalam penelitian. Persetujuan penelitian dilakukan pada subyek sebelum penelitian dilaksanakan dengan menandatangani *informed consent* sebagai bukti bahwa telah menyetujui untuk berpartisipasi dalam penelitian. Subyek diberi kebebasan bila ingin memutuskan untuk tidak melanjutkan berpartisipasi dalam penelitian kapanpun tanpa tekanan. Kerahasiaan data dijamin, kode diberikan untuk memberi tanda dan penyimpanan data dan pengolahan data hanya oleh peneliti. Pengurusan *Etichal Clearence* penelitian pada Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Provinsi Jambi dengan nomor : LB.02.06/2/48/2021.

HASIL

Hasil penelitian ini menemukan bahwa anak balita (usia 24-59 bulan) di Kabupaten Kerinci yang mengalami *stunting* sebanyak 45,4% (grafik 1). Tabel 1 menunjukkan bahwa proporsi responden menurut jenis kelamin hampir sama banyaknya, kebanyakan berat badan lahir anak

normal, 33,7% anak lahir dengan panjang badan < 48 cm (pendek). Lebih banyak anak dengan umur kehamilan preterm (<37 minggu), tidak ASI eksklusif (73,6%). Responden yang melakukan IMD sebesar 77,9%, durasi menyusui \geq 24 bulan 52,6%. Balita tidak menderita penyakit infeksi (94,3%), pola makan kurang baik (53,2%), umur pernikahan dini ibu (46,8%), umur ibu saat hamil 20-35 tahun mencapai 75,3%, ibu yang hamil saat berumur < 20 tahun (13,5%), tingkat pendidikan ibu tamat SMA keatas (60,9%). Ibu tidak bekerja (54,6%), tingkat pengetahuan ibu kurang (70,7%), tingkat religiusitas baik (95,4%). Status gizi prahamil ibu (KEK) sebesar 21 %. Ibu yang anemia (14,9%) dan paritas multipara (61,8%). Jarak kelahiran \geq 2 tahun (99,1%), dengan status kehamilan yang diinginkan dan direncanakan dengan baik mencapai 93,1% (tabel 1).



Grafik 1. Prevalensi Kejadian Stunting pada Balita (24-59 bulan) di Kabupaten Kerinci

Tinggi badan ibu 52,3% normal namun proporsi ibu pendek mencapai 47,7%. Personal hygiene ibu baik (52,0%) dan tidak melakukan perkawinan sekerabat (92,0%). Tingkat sosial ekonomi keluarga rendah (88,5%). Kondisi sanitasi dasar yang baik (70,4%), akses mudah terhadap fasilitas kesehatan (60,9%), Kelompok Bina Keluarga Balita (BKB) lebih banyak yang tidak aktif yaitu 98,0%, keaktifan posyandu balita yaitu 57,2%, namun keaktifan Kursus Calon Pengantin (suscatin) yang dilakukan oleh Kementerian Agama melalui kantor Urusan Agama di setiap Kecamatan (82,5%). Keaktifan pihak Desa/Kelurahan dalam program pencegahan dan penanggulangan Stunting sudah sangat baik mencapai 94,0% (tabel 1).

Hasil analisis *bivariate* menemukan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik anak yaitu jenis kelamin, berat badan lahir, inisiasi menyusui dini, durasi menyusui, penyakit infeksi, pola makan anak dengan kejadian stunting. Diketahui pula bahwa belum dapat dibuktikan adanya hubungan antara karakteristik ibu yaitu umur saat hamil pertama, umur saat menikah pertama, pendidikan, paritas, tingkat religiusitas, jarak kelahiran, status kehamilan, personal hygiene dan perkawinan sekerabat dengan kejadian stunting anak balitanya. Sedangkan berdasarkan karakteristik keluarga atau lingkungan, belum dapat dibuktikan adanya hubungan antara tingkat sosial ekonomi, kondisi sanitasi dasar, akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, keaktifan kelompok BKB, keaktifan Posyandu Balita, kursus calon pengantin dan keaktifan pihak Desa dengan kejadian stunting pada balita di Kabupaten Kerinci. Faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting adalah umur kehamilan ibu (PR: 1,26 95% CI: 1,04-1,53), ASI eksklusif (PR: 1,25 95% CI: 1,03-1,52), pekerjaan ibu (PR: 1,22 95% CI: 1,01-1,48), pengetahuan ibu (PR: 1,25 95% CI: 1,03-1,51), status gizi prahamil ibu (PR: 1,44 95% CI: 1,00-2,07), dan Tinggi Badan ibu (PR: 1,33 95% CI: 1,09-1,63) dengan kejadian stunting pada balita (Tabel 2).

Model akhir yang terbentuk yang menjadi faktor risiko kejadian *stunting* adalah pemberian ASI eksklusif, status gizi prahamil, umur ibu saat hamil dan umur pernikahan pertama dengan *P-value* model sebesar 0,027. Dalam hal ini faktor dominan terjadinya *stunting* pada balita di Kabupaten Kerinci adalah status gizi prahamil (KEK), dimana ibu yang mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) berisiko 2,05 kali lebih besar memiliki anak balita *stunting* dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) setelah dikontrol oleh

pemberian ASI eksklusif, umur ibu saat hamil, dan umur pernikahan pertama (tabel 3).

Tabel 1.
 Distribusi Frekuensi Faktor Risiko Kejadian *Stunting* di Kabupaten Kerinci (n=348)

Variabel		f	%
Jenis Kelamin Anak	Perempuan	173	49,7
	Laki-Laki	175	50,3
Berat Badan Lahir Anak (n= 335)	Normal	323	96,4
	BBLR	12	3,6
Panjang Badan Lahir (n=282)	>= 48 cm	187	66,3
	< 48 cm	95	33,7
Umur Kehamilan	<i>Aterm</i>	161	46,3
	<i>Preterm</i>	187	53,7
Asi Eksklusif	Asi Eksklusif	92	26,4
	Tidak Asi Eksklusif	256	73,6
Inisiasi Menyusui Dini	Ya, dilakukan IMD	271	77,9
	Tidak dilakukan IMD	77	22,1
Durasi Menyusui	>= 24 Bulan	183	52,6
	< 24 bulan	165	47,4
Penyakit Infeksi	Tidak	328	94,3
	Ya	20	5,7
Pola Makan	Baik	185	53,2
	Buruk	163	46,8
Umur Pernikahan Pertama	Sesuai Standar	159	45,7
	Pernikahan Dini	189	54,3
Umur ibu saat hamil	20-35 tahun	262	75,3
	>35 tahun	39	11,2
	<20 tahun	47	13,5
Pendidikan Ibu	Tinggi	212	60,9
	Rendah	136	39,1
Pekerjaan Ibu	Bekerja	158	45,4
	Tidak Bekerja	190	54,6
Tingkat Pengetahuan Ibu	Baik	102	29,3
	Kurang Baik	246	70,7
Tingkat Religiusitas	Baik	332	95,4
	Kurang Baik	16	4,6
Status Gizi Prahamil (n=219)	Tidak KEK	173	79,0
	KEK	46	21,0
Status Anemia	Tidak	296	85,1
	Ya	52	14,9
Paritas	Multipara	215	61,8
	Primipara	133	38,2
Jarak Kelahiran (n=215)	>= 2 Tahun	213	99,1
	<2 Tahun	2	0,9
Status Kehamilan	Diinginkan	324	93,1
	Tidak diinginkan	24	6,9

Variabel		f	%
Tinggi Badan Ibu	Normal	182	52,3
	Pendek	166	47,7
Personal Hygiene Ibu	Baik	181	52,0
	Kurang Baik	167	48,0
Perkawinan Sekerabat	Tidak	320	92,0
	Ya	28	8,0
Tingkat Sosial Ekonomi	Tinggi	40	11,5
	Rendah	308	88,5
Kondisi Sanitasi Dasar	Baik	245	70,4
	Kurang Baik	103	29,6
Akses Terhadap Fayankes	Mudah	212	60,9
	Sulit	136	39,1
Keaktifan kelompok BKB	Aktif	7	2,0
	Tidak Aktif	341	98,0
Keaktifan Posyandu Balita	Aktif	199	57,2
	Tidak Aktif	149	42,8
Suscatin	Aktif	61	17,5
	Tidak Aktif	287	82,5
Keaktifan Pihak Desa	Aktif	327	94,0
	Tidak Aktif	21	6,0

Tabel 2.
 Hubungan Faktor Risiko dengan Kejadian *Stunting* pada Balita di Kabupaten Kerinci

Variabel	Stunting				Total	PR (95% CI)	P- Value	
	Ya		Tidak					
	f	%	f	%				
Jenis Kelamin	Perempuan	73	42,2%	100	57,8%	173	1,12 (0,92-1,36)	0,277
	Laki-Laki	85	48,6%	90	51,4%			
Berat Badan Lahir Anak	Normal	143	44,3%	180	55,7%	323	2,22 (0,83-5,96)	0,071
	BBLR	9	75,0%	3	25,0%			
Panjang Badan Lahir Anak	>= 48 cm	85	45,5%	102	54,5%	187	0,94 (0,75-1,16)	0,683
	< 48 cm	40	42,1%	55	57,9%			
Umur Kehamilan	Aterm	62	38,5%	99	61,5%	161	1,26 (1,04-1,53)	0,022*
	Preterm	96	51,3%	91	48,7%			
ASI Eksklusif	Asi Eksklusif	33	35,9%	59	64,1%	92	1,25 (1,03-1,52)	0,043*
	Tidak Asi Eksklusif	125	48,8%	131	51,2%			
Inisiasi Menyusu Dini	Ya, dilakukan IMD	129	47,6%	142	52,4%	271	0,84 (0,68-1,03)	0,157
	Tidak dilakukan IMD	29	37,7%	48	62,3%			
Durasi Menyusui	>= 24 Bulan	83	45,4%	100	54,6%	183	1,00 (0,82-1,21)	1
	< 24 bulan	75	45,5%	90	54,5%			
Penyakit Infeksi	Tidak	150	45,7%	178	54,3%	328	0,90 (0,62-1,31)	0,788
	Ya	8	40,0%	12	60,0%			

Variabel		Stunting				Total	PR (95% CI)	P- Value	
		Ya		Tidak					
		f	%	f	%				
Pola Makan	Baik	79	42,7%	106	57,3%	185	1,11 (0,91-1,35)	0,332	
	Buruk	79	48,5%	84	51,5%				163
Umur Pernikahan Pertama	Standar	66	41,5%	93	58,5%	159	1,14 (0,94-1,37)	0,219	
	Pernikahan Dini	92	48,7%	97	51,3%				189
Umur ibu saat hamil	20-35 tahun	120	45,8%	142	54,2%	262	0,66 (0,33-1,33)	0,248	
	>35 tahun	14	35,9%	25	64,1%				39
	<20 tahun	24	51,1%	23	48,9%				47
Pendidikan Ibu	Tinggi	96	45,3%	116	54,7%	212	1,00 (0,82-1,22)	1	
	Rendah	62	45,6%	74	54,4%				136
Pekerjaan Ibu	Bekerja	62	39,2%	96	60,8%	158	1,22 (1,01-1,48)	0,046*	
	Tidak Bekerja	96	50,5%	94	49,5%				190
Tingkat Pengetahuan Ibu	Baik	37	36,3%	65	63,7%	102	1,25 (1,03-1,51)	0,037*	
	Kurang Baik	121	49,2%	125	50,8%				246
Tingkat Religiusitas	Baik	150	45,2%	182	54,8%	332	1,09 (0,66-1,80)	0,904	
	Kurang Baik	8	50,0%	8	50,0%				16
Status Gizi Prahamil	Tidak KEK	70	40,5%	103	59,5%	173	1,44 (1,00-2,07)	0,041*	
	KEK	27	58,7%	19	41,3%				46
Status Anemia	Tidak	128	43,2%	168	56,8%	296	1,34 (0,96-1,87)	0,075	
	Ya	30	57,7%	22	42,3%				52
Paritas	Multipara	90	41,9%	125	58,1%	215	1,19 (0,96-1,46)	0,115	
	Primipara	68	51,1%	65	48,9%				133
Jarak Kelahiran	>= 2 Tahun	88	41,3%	125	58,7%	213	n.a	0,174	
	<2 Tahun	2	100,0%	0	0,0%				2
Status Kehamilan	Diinginkan	148	45,7%	176	54,3%	324	0,93 (0,65-1,32)	0,866	
	Tidak diinginkan	10	41,7%	14	58,3%				24
Tinggi Badan Ibu	Normal	69	37,9%	113	62,1%	182	1,33 (1,09-1,63)	0,005*	
	Pendek	89	53,6%	77	46,4%				166
Personal Hygiene	Baik	85	47,0%	96	53,0%	181	0,94 (0,77-1,14)	0,617	
	Kurang Baik	73	43,7%	94	56,3%				167
Perkawinan Sekerabat	Tidak	143	44,7%	177	55,3%	320	1,19 (0,79-1,79)	0,479	
	Ya	15	53,6%	13	46,4%				28
Tingkat Sosial Ekonomi	Tinggi	16	40,0%	24	60,0%	40	1,11 (0,84-1,46)	0,575	
	Rendah	142	46,1%	166	53,9%				308
Kondisi Sanitasi Dasar	Baik	109	44,5%	136	55,5%	245	1,05 (0,85-1,31)	0,682	
	Kurang Baik	49	47,6%	54	52,4%				103
Akses Terhadap Fayankes	Mudah	102	48,1%	110	51,9%	212	0,88 (0,72-1,06)	0,247	
	Sulit	56	41,2%	80	58,8%				136
Keaktifan	Aktif	3	42,9%	4	57,1%	7	1,04 (0,54-2,00)	1	

Variabel		Stunting				Total	PR (95% CI)	P- Value
		Ya		Tidak				
		f	%	f	%			
kelompok BKB	Tidak Aktif	155	45,5%	186	54,5%	341		
Keaktifan Posyandu Balita	Aktif	95	47,7%	104	52,3%	199	0,90 (0,74-1,09)	0,367
	Tidak Aktif	63	42,3%	86	57,7%	149		
Suscatin	Aktif	26	42,6%	35	57,4%	61	1,06 (0,83-1,35)	0,735
	Tidak Aktif	132	46,0%	155	54,0%	287		
Keaktifan Pihak Desa	Aktif	148	45,3%	179	54,7%	327	1,04 (0,68-1,59)	1
	Tidak Aktif	10	47,6%	11	52,4%	21		

*signifikan pada $\alpha < 0,05$

Tabel 3.
 Model Akhir Kejadian Stunting pada Balita di Kabupaten Kerinci tahun 2021

Variabel	B	POR (95% CI)	P-Value	Omnibus	Overall Percentage
ASI eksklusif	0,700	2,014 (1,053-3,849)	0,034		
Status Gizi Prahamil	0,719	2,053 (1,041-4,047)	0,038		
Umur Ibu saat hamil				0,027	61,2%
Umur Ibu saat hamil (1)	-0,474	0,623 (0,243-1,596)	0,324		
Umur Ibu saat hamil (2)	-0,253	0,776 (0,320-1,885)	0,576		
Umur ibu saat menikah pertama	0,525	1,691 (0,921-3,104)	0,090		

Selain faktor status gizi prahamil, faktor lain yang menjadi penyebab kejadian *stunting* adalah pemberian ASI eksklusif 6 bulan pada bayi, dimana balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif berisiko 2,01 kali lebih besar untuk mengalami *stunting* dibandingkan balita yang mendapatkan ASI eksklusif setelah dikontrol oleh variabel status gizi prahamil, umur ibu saat hamil, dan umur pernikahan pertama. Faktor risiko lainnya terjadinya *stunting* pada balita di Kabupaten Kerinci adalah umur ibu saat menikah pertama. Ibu yang melakukan pernikahan dini berisiko 1,69 kali untuk balitanya mengalami *stunting* dibandingkan ibu yang menikah pada usia sesuai standar (> 20 tahun) setelah dikontrol oleh variabel ASI eksklusif, status gizi prahamil, dan umur ibu saat hamil (tabel 3).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menemukan bahwa proporsi kejadian balita *stunting* di Kabupaten Kerinci tergolong sangat tinggi mencapai 45%, sangat jauh bila dibandingkan dengan angka target SDG's tahun 2024 yaitu sebesar 14%. Hasil penelitian ini jauh diatas angka yang diperoleh dari Survey Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) tahun 2019 di Kabupaten Kerinci yaitu 33,85%. Namun hanya sedikit lebih tinggi atau hampir sama dengan hasil Riskesdas 2018 di Kabupaten Kerinci yaitu 42,4% (Kemenkes RI, 2019a, 2019b). Temuan proporsi kejadian balita pada studi ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Setiawan, Machmud dan Masrul di Puskesmas Andalas Sumatera Barat (2018) yang menemukan bahwa proporsi kejadian *stunting* pada balita 24-59 bulan adalah sebesar 26,9%. Penelitian Manggala (2018) di Kabupaten Gianyar Provinsi Bali bahkan menemukan proporsi kejadian *stunting* yang lebih rendah yaitu 22,3% pada balita 24-59 bulan (Manggala et al., 2018; Setiawan & Machmud, 2018).

Namun angka kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 pada studi ini sejalan dengan hasil penelitian Asparian di Kabupaten Kerinci (2020) pada keluarga petani di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Labu yang menemukan bahwa proporsi kejadian *stunting* pada balita 24-

59 bulan sebesar 46,9%, bahkan sedikit lebih tinggi (Asparian et al., 2020). Juga sejalan dengan hasil penelitian Mawati dan Avianty di daerah Jawa Barat (2019) yang menemukan bahwa proporsi kejadian stunting pada balita 24-59 bulan di Puskesmas Cibungbulang Kabupaten Bogor Jawa Barat sebesar 43% (. et al., 2019).

Hasil analisis *multivariate* pada penelitian ini diperoleh faktor dominan kejadian stunting di Kabupaten Kerinci pada balita (24-59 bulan) adalah status gizi prahamil ibu, dimana ibu yang mengalami KEK saat sebelum hamil yaitu dengan indikator Lingkar Lengan Atas (LiLA) < 23,5 cm berisiko 2,05 kali lebih besar untuk memiliki anak balita stunting dibandingkan dengan ibu yang tidak KEK (status gizi normal) setelah dikontrol oleh perilaku pemberian ASI eksklusif 6 bulan, umur ibu saat hamil dan umur ibu saat menikah pertama kali. Hasil penelitian ini sejalan dengan yang ditemukan oleh Ruaida dan Soumokil yang meneliti tentang hubungan status KEK ibu hamil dengan kejadian stunting di Puskesmas Tawiri Kota Ambon dimana ibu yang saat hamil mengalami KEK meningkatkan risiko sebesar 5,93 kali lebih besar untuk mengalami stunting dibandingkan ibu yang tidak KEK saat hamil.

Hasil ini juga sejalan dengan yang ditemukan oleh Naomi Sondang (2021) di Puskesmas Seberang Padang Kota Padang Sumatera Barat yang menemukan bahwa kejadian stunting balita ditemukan pada ibu dengan riwayat KEK sebesar 68,4% sedangkan pada ibu hamil yang tidak KEK hanya 27,1%, nilai *Odds Ratio* sebesar 5,83 untuk ibu yang memiliki riwayat KEK saat hamil dibandingkan ibu yang tidak KEK. Juga sejalan dengan temuan Sukmawati et al yang melaporkan bahwa ada hubungan antara status gizi ibu dengan kejadian stunting pada balitanya di Puskesmas Bontoa Kabupaten Maros, dimana ibu yang mengalami KEK berisiko 5,65 kali lebih besar untuk menjadi stunting dibandingkan ibu yang tidak KEK saat hamil (Ruaida dan Soumokil, ; Sondang, 2021; Sukmawati *et al.*, 2018).

Namun hasil studi ini berbeda dengan yang ditemukan oleh Hutabarat, Irwanto dan Sulistiawati yang belum menemukan adanya hubungan signifikan antara status gizi ibu saat hamil dengan kejadian stunting pada balita di Banjarbaru menggunakan indikator LiLA < 23,5 cm (KEK). Demikian pula dengan hasil penelitian Sumiaty di Kota Palu tahun 2015 yang juga belum menemukan hasil yang signifikan antara status gizi ibu dengan kejadian stunting pada balita. Juga hasil yang ditemukan oleh Manggala et al belum membuktikan hubungan yang signifikan secara statistik antara kondisi KEK ibu saat hamil dengan kejadian stunting pada balita 24-59 bulan di Kabupaten Gianyar Bali (Hutabarat, Irwanto dan Sulistiawati, 2021; Sumiaty, 2017).

Kekurangan energi kronis adalah keadaan individu yang mengalami kekurangan gizi yang sudah berlangsung sejak lama atau bertahun-tahun. Akibat dari kekurangan energi, individu akan lebih mudah mengalami gangguan kesehatan (Isti Angraini & Musyabiq Wijaya, 2019). KEK berlangsung ketika tubuh kekurangan satu atau lebih nutrisi penting. Hal yang dapat menimbulkan kekurangan zat gizi yakni kurangnya asupan gizi, kualitas makanan yang kurang baik, atau keduanya. Tubuh individu yang mengalami KEK tidak dapat menyerap maksimal nutrisi yang masuk ke dalam tubuh. Proses terjadinya KEK ada tiga tahapan, pertama tubuh tidak memiliki zat gizi yang cukup sehingga tubuh menggunakan cadangan jaringannya. Kedua akan terjadi penurunan berat badan akibat penggunaan cadangan jaringan secara terus menerus. Ketiga adanya perubahan biokimia pada tubuh yang dapat dideteksi dengan pemeriksaan laboratorium (Angraini, 2018).

KEK banyak ditemukan pada ibu hamil dan/atau wanita usia subur (WUS). Wanita Usia Subur (WUS) merupakan wanita dalam usia reproduktif yaitu antara 15–49 tahun (remaja putri, calon pengantin, pekerja wanita, WUS hamil/nifas, dan WUS tidak hamil) (Isti Angraini & Musyabiq

Wijaya, 2019). WUS adalah calon ibu yang termasuk kelompok rentan yang status kesehatannya harus diperhatikan, terutama status gizi pada WUS tersebut (Angraini, 2018). WUS yang menderita KEK akan memberikan dampak buruk untuk diri mereka sendiri serta generasi lain di seluruh siklus hidup (Septiani et al, 2021). WUS yang mengalami KEK akan mempengaruhi janin saat hamil (Ananda, Jumiati dan Yuliantini, 2019). Wanita yang mengalami malnutrisi atau gizi buruk masa pra-kehamilan atau saat awal kehamilan cenderung menambah risiko keguguran, wanita melahirkan anak yang prematur, BBLR, lahir mati, serta keterlambatan tumbuh kembang secara keseluruhan. Selain itu bayi yang lahir dengan ibu yang malnutrisi pada saat sebelum hamil hingga trimester pertama berisiko mengalami gagal otak dan sumsum tulang karena pada 2-5 minggu sistem saraf pusat sangat rentan (Song, Zhang dan Fawzi dan Huang, 2020; Alifka, 2020). Pada seribu hari pertama kehidupan (1000 HPK), perkembangan fisik dan saraf anak sangat dipengaruhi oleh tingkat gizi wanita yang nantinya anak tersebut akan menderita KEK dikemudian hari dan mengalami *stunting* (Dagne et al, 2021; Sandalayuk, 2019).

KEK terbagi menjadi empat kategori, yaitu dikatakan batas wajar jika prevalensi <5%, rendah (5-9%), sedang (10-19%), dan tinggi ($\geq 20\%$) (Kemenkes RI, 2018). Di Indonesia, prevalensi risiko KEK pada WUS yang tidak hamil tahun 2017 sebesar 10,7% (Kemenkes Ri, 2017). Terjadi peningkatan pada tahun 2018, yakni prevalensi KEK pada WUS tidak hamil menjadi 14,5% (Kemenkes RI, 2019a), umur 15-19 tahun merupakan kelompok umur dengan proporsi KEK tertinggi yakni sebesar 36,3% (Zaki dan Sari, 2019). Perempuan pada usia tersebut, jika kemudian menikah dan melahirkan, maka akan meningkatkan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan, terjadinya BBLR, sehingga juga meningkatkan risiko kejadian *stunting* pada masa bayi dan balita.

Penelitian ini juga menemukan bahwa perilaku pemberian ASI eksklusif 0-6 bulan berhubungan dengan kejadian *stunting*, dimana bayi yang tidak menerima ASI eksklusif 0-6 bulan dari ibunya akan memiliki risiko lebih besar terkena *stunting* dibandingkan bayi yang memperoleh ASI eksklusif. Hasil ini sejalan dengan beberapa studi diantaranya penelitian yang dilakukan Arya Krisna Manggala et al (2018) yang menemukan bahwa perilaku pemberian ASI eksklusif berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita 24-59 bulan di Gianyar, Bali. Balita yang tidak memperoleh ASI eksklusif berisiko lebih besar 2,8 kali untuk terkena *stunting* dibandingkan yang memperoleh ASI eksklusif. Hasil yang sama juga ditemukan oleh Alifariki et al yang menemukan bahwa ada hubungan antara perilaku pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita di Puskesmas Puuwatu dengan OR sebesar 3,1 kali (Alifariki et al., 2020; Manggala et al., 2018). Namun hasil studi ini tidak sejalan dengan penelitian Eko Setiawan, Machmud & Masrul di Kota Padang yang menemukan bahwa tidak ada hubungan antara perilaku pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita. Demikian pula hasil penelitian di Jawa Barat yang dilakukan Nurgina, Mawati dan Avianty yang juga belum menemukan bukti adanya hubungan yang signifikan antara perilaku pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita (. et al., 2019; Setiawan & Machmud, 2018).

Asupan makanan yang tepat bagi bayi dan anak usia dini (0 - 24 bulan) adalah Air Susu Ibu (ASI). ASI eksklusif yaitu pemberian ASI saja segera setelah lahir sampai usia 6 bulan yang diberikan sesering mungkin. Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama dapat menghasilkan pertumbuhan tinggi badan yang optimal (Julian & Yanti, 2018; Pangkong et al, 2008). ASI adalah cairan yang mengandung zat kekebalan tubuh yang akan melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi bakteri, virus, parasit dan jamur. ASI mengandung lebih dari 200 unsur - unsur pokok, antara lain zat putih telur, lemak, karbohidrat, vitamin, mineral, faktor pertumbuhan, hormon, enzim, zat kekebalan, dan sel darah putih. Semua zat ini terdapat secara

proporsional dan seimbang satu dengan yang lainnya (Putra, 2016; Julian & Yanti, 2018). Kurangnya pemberian ASI atau pemberian MP-ASI yang terlalu dini dapat meningkatkan risiko terjadinya *Stunting* terutama pada awal kehidupan (Adair et al., 2013). Besarnya pengaruh ASI eksklusif terhadap status gizi anak membuat WHO merekomendasikan agar menerapkan intervensi peningkatan pemberian ASI selama 6 bulan pertama sebagai salah satu langkah untuk mencapai WHO *Global Nutrition Targets 2025* mengenai penurunan jumlah *Stunting* pada balita (UNICEF et al., 2020).

Hasil studi ini juga menemukan hubungan antara umur ibu saat menikah pertama dengan kejadian *stunting*, dimana ibu yang menikah pada usia < 20 tahun (pernikahan dini) berisiko lebih besar untuk balitanya mengalami *stunting* dibandingkan jika menikah sesuai umur yang sehat yaitu > 20 tahun dan kurang dari 35 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Restiana yang melakukan penelitian terhadap 130 balita 24-59 bulan di Kelurahan Wijaya Kusuma Kecamatan Grogol yang menemukan adanya hubungan antara pernikahan dini yang dilakukan ibu dengan kejadian *stunting* pada balita 24-59 bulan (Restiana, 2020). Hasil yang senada ditemukan oleh Malka, Murni dan Fatimah yang melakukan penelitian di Puskesmas Kading, Bajoe dan Usa tahun 2020, yang menemukan adanya hubungan antara usia menikah ibu dengan kejadian *stunting* pada balita. Ibu yang menikah dini memiliki risiko lima kali lebih besar untuk anak balitanya mengalami *stunting* dibandingkan ibu yang menikah saat berusia > 20 tahun (Malka et al., 2021).

Namun hasil penelitian ini berbeda dengan yang ditemukan Hutabarat, Irwanto dan Sulistiawati yang belum menemukan hubungan signifikan antara usia menikah ibu dengan kejadian *stunting* pada balita di Banjarbaru. Juga hasil penelitian Khusna dan Nuryanto yang tidak menemukan adanya hubungan usia pernikahan dini ibu dengan kejadian *stunting* pada balita di Kabupaten Temanggung, namun adanya kecenderungan semakin dini usia menikah ibu, semakin meningkat persentase anak pendek, tetapi secara statistik tidak berhubungan (Atmilati Khusna & Soedarto, 2017; Hutabarat et al., 2021). Selanjutnya, hasil penelitian ini juga menemukan bahwa ada hubungan antara umur ibu saat hamil dengan kejadian *stunting*, meskipun dalam hal ini variabel umur ibu saat hamil menjadi *confounding* pada model akhir *multivariate* yang terbentuk terhadap kejadian *stunting* pada balita. Usia ibu saat hamil yang berisiko (< 20 tahun atau > 35 tahun) belum terbukti berhubungan secara statistik dengan kejadian *stunting*.

Hasil serupa ditemukan oleh Trisyani, Fara, Mayasari dan Abdullah yang tidak menemukan adanya hubungan antara usia ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* di Kecamatan Kota Agung Timur Kabupaten Tanggamus. Namun hasil analisis pada penelitian di Kabupaten Tanggamus ini menemukan bahwa ada kecenderungan usia ibu yang berisiko meningkatkan risiko ibu untuk memiliki balita yang mengalami *stunting* (OR= 2,85) dibandingkan ibu yang saat hamil berusia 20-35 tahun (tidak berisiko) (Kholia et al., 2020). Hal yang sama juga ditemukan oleh Julian dan Yanti yang tidak menemukan hubungan signifikan antara usia ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* pada balitanya di Desa Pingaran Ilir, Kecamatan Astambul Kabupaten Banjar (Julian & Yanti, 2018).

Hasil sejalan juga ditemukan oleh Nuraeni dan Helmi Diana di Kabupaten Tasik Malaya yang menemukan bahwa tidak ada hubungan antara umur ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* pada balita, namun berdasarkan nilai *Odds Ratio* terlihat bahwa ada kecenderungan usia ibu saat hamil < 20 tahun berisiko dua kali lebih besar untuk balitanya mengalami *stunting* dibandingkan umur ibu saat hamil > 20 tahun (Nuraeni & Diana, 2019). Namun tidak sejalan dengan penelitian Sani, Solehati dan Hendrawati yang menemukan ada hubungan antara usia ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* di Desa Cibunar dan Kutanegara (Sani et al., 2020).

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa usia saat menikah yang berisiko (menikah dini atau saat berusia < 20 tahun) meningkatkan risiko kejadian stunting pada balita. Usia menikah dini perlu ditindaklanjuti dengan program keluarga berencana, dimana jika pernikahan dini sudah terjadi (tidak dapat dicegah) maka harus diupayakan untuk menunda kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi yang sesuai hingga usia ibu cukup matang dan siap untuk menjalani kehamilan sehat. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa usia ibu saat hamil berhubungan dengan kejadian stunting. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Cunningham (2006) bahwa usia reproduksi perempuan adalah 20-35 tahun. Pada usia < 20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi sempurna dan > 35 tahun terjadi penurunan reproduktif. Kehamilan dengan umur kehamilan 20-35 tahun merupakan masa aman karena kematangan organ reproduksi dan mental untuk menjalani kehamilan serta persalinan sudah siap (Asiyah et al. 2010). Kehamilan usia dini yaitu usia ibu masih terlalu muda atau remaja saat hamil. Usia Ibu saat hamil mempunyai hubungan erat dengan berat bayi lahir, pada usia ibu yang masih muda, perkembangan organ-organ reproduksi dan fungsi fisiologisnya belum optimal. Selain itu emosi dan kejiwaannya belum cukup matang, sehingga pada saat kehamilan ibu tersebut belum dapat menghadapi kehamilannya secara sempurna, dan sering terjadi komplikasi- komplikasi. Risiko kehamilan akan terjadi pada ibu yang melahirkan saat berumur < 20 tahun dan > 35 tahun erat kaitannya dengan terjadinya kanker rahim dan BBLR. Usia ibu yang berisiko akan berpotensi untuk melahirkan bayi BBLR, bayi yang BBLR akan berpotensi untuk menjadi stunting (Gizi et al., 2018). Dari hasil analisis pada studi ini, faktor ibu berperan sangat penting terhadap status gizi anak balitanya (kejadian stunting), dalam hal ini status gizi prahamil ibu, usia pernikahan dan usia saat hamil, juga perilaku pemberian ASI eksklusif 0-6 bulan, dimana faktor dominan adalah status gizi prahamil ibu (KEK).

SIMPULAN

Prevalensi kejadian stunting pada balita (24-59 bulan) di Kabupaten Kerinci Provinsi Jambi masih tinggi (45%). Faktor dominan kejadian stunting pada balita (24-59 bulan) di Kabupaten Kerinci adalah status gizi prahamil Ibu (Kurang Energi Kronis prahamil ibu meningkatkan risiko stunting pada balita). Faktor yang berhubungan kejadian stunting di Kabupaten Kerinci adalah status gizi prahamil ibu setelah dikontrol oleh pemberian ASI eksklusif 0-6 bulan, umur ibu saat hamil dan umur ibu saat menikah pertama kali.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan penghargaan dan terima kasih kepada BKKBN Kantor Perwakilan Provinsi Jambi yang telah memberikan dana untuk pelaksanaan kegiatan penelitian ini serta semua pihak yang telah memfasilitasi terlaksananya kegiatan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- . N., Mawati, E. D., & Avianty, I. (2019). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan Di Puskesmas Cibungbunan Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat Tahun 2018. *Promotor*, 2(4), 285. <https://doi.org/10.32832/pro.v2i4.2241>
- Adair, L. S., Fall, C. H., Osmond, C., Stein, A. D., Martorell, R., Ramirez-Zea, M., Sachdev, H. S., Dahly, D. L., Bas, I., Norris, S. A., Micklesfield, L., Hallal, P., & Victoria, C. G. (2013). Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. *The Lancet*, 382(9891), 525–534.
- Alifariki, L. O., Rangki, L., Haryati, H., Rahmawati, R., Sukurni, S., & Salma, W. O. (2020). Risk Factors of Stunting in Children Age 24-59 Months Old. *Media Keperawatan Indonesia*, 3(1), 10.

<https://doi.org/10.26714/mki.3.1.2020.10-16>

- Alifka DS. Hubungan Pantangan Makanan Terhadap Risiko Kekurangan Energi Kronik Pada Ibu Hamil. *J Med Utama*. 2020;02(01):456–68.
- Angraini, D. I. (2018). Hubungan Faktor Keluarga dengan Kejadian Kurang Energi Kronis pada Wanita Usia Subur di Kecamatan Terbanggi Besar. *JK Unila*, 2(2), 146–150.
- Asparian, A., Setiana, E., & Wisudariani, E. (2020). Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan dari Keluarga Petani di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Labu Kabupaten Kerinci. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 9(2), 293. <https://doi.org/10.36565/jab.v9i2.274>
- Atmilati Khusna, N., & Soedarto, J. H. (2017). Hubungan Usia Ibu Menikah Dini dengan Status Gizi Batita di Kabupaten Temanggung. *Journal of Nutrition College*, 6(1).
- Bappenas. (2018). *Intervensi Penurunan Stunting: Koordinasi Kelembagaan dalam Intervensi*.
- Dagne S, Menber Y, Wassihun Y, Dires G, Abera A, Adane S, et al. Chronic Energy Deficiency and Its Determinant Factors among Adults Aged 18-59 Years in Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *J Nutr Metab*. 2021;2021.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jambi. 2017. *Pemantauan Status Gizi 2015-2017*. Jambi
- Gizi, J., Kesehatan Kemenkes, P., Prodi D-IV, A., & Korespondensi, M. (2018). Status Gizi Ibu Saat Hamil, Berat Badan Lahir Bayi Dengan Stunting Pada Balita. In *Media Gizi Pangan (Vol. 25)*.
- Hutabarat, M. R. U., Irwanto, I., & Sulistiawati, S. (2021). Risk factors of stunting in toddler aged 24-59 month. *Jurnal Kebidanan*, 10(2), 119. <https://doi.org/10.26714/jk.10.2.2021.119-128>
- Isti Angraini, D., & Musyabiq Wijaya, S. (2019). The Analysis of Chronic Energy Malnutrition and Iron Intake with Anemia in Preconception Women of Childbearing Age in Terbanggi Besar Subdistrict, District of Central Lampung. *KnE Life Sciences*, 4(10), 122. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i10.3714>
- Julian, D. N. A., & Yanti, R. (2018). Usia Ibu Saat Hamil dan Pemberian ASI Eksklusif Dengan Kejadian Stunting Balita. *Riset Pangan Dan Gizi*, 1, 1–11.
- Kemenkes RI. (2014). *Laporan riskesdas 2013*. Jakarta: Puslitbangkes Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2018). *Situasi Balita Stunting di Indonesia*. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2019a). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Kemenkes RI. (2019b). *Laporan Provinsi Jambi Riskesdas 2018*.
- Kholia, T., Fara, Y. D., Mayasari, A. T., & Abdullah. (2020). Hubungan Faktor Ibu Dengan Kejadian Stunting. *Jurnal Maternitas Aisyah*, 1(3), 189–197.
- Malka, S., Musni, M., & Fatimah, S. (2021). Faktorkehamilan Dini, Antenatal Care, Asi Eksklusif Dan Pengetahuan Gizi Terhadap Stunting Pada Balita Resiko Stunting Pada Balita Di Kabupaten Bone. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 7(1), 59–64. <https://doi.org/10.33024/jkm.v7i1.3364>
- Manggala, A. K., Kenwa, K. W. M., Kenwa, M. M. L., Sakti, A. A. G. D. P. J., & Sawitri, A. A. S. (2018). Risk factors of stunting in children aged 24-59 months. *Paediatrica Indonesiana*, 58(5),

205–212. <https://doi.org/10.14238/pi58.5.2018.205-12>

- Nuraeni, I., & Diana, H. (2019). Karakteristik Ibu Hamil Dan Kaitannya Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Di Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya. *Media Informasi*, 15(1), 10–15. <https://doi.org/10.37160/bmi.v15i1.233>
- Pangkong, M dkk. Hubungan Antara Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 13-36 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Sonder. *Fakultas Kesehatan Masyarakat : Universitas Sam Ratulangi*.
- Putra, O. 2016. Pengaruh BBLR Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak Usia 12-60 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Pada Tahun 2015. *Skripsi : Universitas Andalas*.
- Sani, M., Solehati, T., & Hendarwati, S. (2020). Hubungan usia ibu saat hamil dengan stunted pada balita 24-59 bulan. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 13(4), 284–291. <https://doi.org/10.33024/hjk.v13i4.2016>
- Sandalayuk YP dan M. Kurang Energi Kronis pada Wanita Usia Subur di Wilayah Kecamatan Limboto, Kabupaten Gorontalo *Chronic Energy Malnutrition in Women Reproductive Age Limboto District , Gorontalo Regency. Public Heal.* 2019;2(1):120–5.
- Septiani S, Irfiyanti I, Hai TT, Khusun H, Wiradnyani LA, Kekalih A, et al. Food Insecurity Associated with Double-Burden of Malnutrition among Women in Reproductive Age in Ciampea Sub-district, Bogor, West Java. *Indones J Public Heal Nutr.* 2021;1(2):21–31.
- Setiawan, E., & Machmud, R. (2018). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang Tahun 2018. In *Jurnal Kesehatan Andalas (Vol. 7, Issue 2)*. <http://jurnal.fk.unand.ac.id>
- Song J, Zhang J, Fawzi W, Huang Y. Double Burden of Malnutrition among Chinese. *Nutrients [Internet]*. 2020;12(3102):1–12. Available from: www.mdpi.com/journal/nutrients
- Stewart, C. P., Iannotti, L., Dewey, K. G., Michaelsen, K. F., & Onyango, A. W. (2013). Original Article Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. 9, 27–45. <https://doi.org/10.1111/mcn.12088>
- Sukmawati, Hendrayati, Chaerunnimah, & Nurhumaira. (2018). Status Gizi Ibu Saat Hamil, Berat Badan Lahir Bayi dengan Stunting Pada Balita. *Media Gizi Pangan*, 25, 18–25.
- UNICEF. (2012). Ringkasan kajian Gizi Ibu dan Anak. UNICEF Indonesia, 1–6.
- UNICEF. (2019). *The State of the World's Children 2019. Growing Well in a Changing World. Children. Food and Nutrition.*
- UNICEF, WHO, & World Bank. (2020). *Levels and trends in child malnutrition. UNICEF, WHO and the World Bank Group Joint Child Malnutrition.*
- WHO. (2013). *Childhood Stunting: Context, Causes and Consequences. WHO.*
- WHO. (2018). *Reducing Stunting in Children: Equity Considerations for Achieving Global Nutrition Target 2025.*
- Zaki I, Sari HP. (2019). Edukasi Gizi Berbasis Media Sosial Meningkatkan Pengetahuan Dan Asupan Energi- Protein Remaja Putri Dengan Kurang Energi Kronik (Kek). *Gizi Indones.* 2019;42(2):111.