

Faktor Risiko Stunting pada Baduta di Pulau Jawa: Studi *Cross-Sectional* menggunakan Data Studi Status Gizi Indonesia Tahun 2021

Stunting Risk Factors among Infants in Java Island: Cross-Sectional Study using 2021 Indonesian Nutritional Status Survey Data

Muthia Paramita^{2*}, Siti Helmyati^{1,2}, Ray Wagiu Basrowi^{3,4}, Charisma Dilantika⁴

¹Departemen Gizi Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Indonesia

²Pusat Kesehatan dan Gizi Manusia, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Indonesia

³Department of Community Medicine, Medical Faculty, Universitas Indonesia, Indonesia

⁴Danone Specialized Nutrition, Indonesia

INFO ARTIKEL

Received: 21-12-2023

Accepted: 26-01-2024

Published online: 15-02-2024

*Koresponden:

Muthia Paramita

muthia.paramita@mail.uqm.ac.id

 DOI:

10.20473/amnt.v7i3SP.2023.20-29

Tersedia secara online:

<https://e-journal.unair.ac.id/AMNT>

Kata Kunci:

Stunting, Pulau Jawa, Indonesia, Baduta

ABSTRAK

Latar Belakang: Stunting menjadi masalah malnutrisi yang menjadi fokus untuk diselesaikan dengan prevalensi pada 2021 sebesar 24,4%. Pulau Jawa memiliki jumlah penduduk paling banyak di Indonesia yang berpengaruh pada kejadian stunting terlihat dari wilayah yang menjadi lokus.

Tujuan: Untuk mengetahui prevalensi kejadian stunting pada baduta dan identifikasi faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting di masing-masing provinsi di Pulau Jawa.

Metode: Data Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021 digunakan pada penelitian. Metode yang digunakan pada studi ini adalah *cross-sectional* dengan data sekunder. Uji logistik regresi dengan pembobotan digunakan pada penelitian untuk mengetahui hubungan antara setiap variabel dengan kejadian stunting.

Hasil: Prevalensi stunting pada baduta di DKI Jakarta 11,9%; Jawa Barat 16,3%, Jawa Tengah 13,2%; DI Yogyakarta 12,1%, Jawa Timur 15,9%, dan Banten 14,6%. Faktor risiko dari kejadian stunting di DKI Jakarta adalah status ekonomi pada kuintil 1 (*p*-value 0,001); di Jawa Barat adalah konsumsi makanan ringan (*p*-value 0,002) dan status ekonomi kuintil 1 (*p*-value <0,001); di Jawa Tengah adalah status ekonomi kuintil 1 (*p*-value 0,048); di DI Yogyakarta adalah usia 12-23 bulan (*p*-value 0,022); di Jawa Timur adalah usia 9-11 bulan (*p*-value 0,013) dan 12-23 bulan (*p*-value <0,001), pendidikan ibu rendah (*p*-value 0,010) dan menengah (*p*-value 0,017), dan status ekonomi kuintil 1 (*p*-value 0,005); dan di Banten adalah laki-laki (*p*-value 0,011), di pedesaan (*p*-value 0,039), dan status ekonomi kuintil 1 (*p*-value 0,019).

Kesimpulan: Faktor risiko kejadian stunting di Pulau Jawa adalah status ekonomi. Intervensi yang dilakukan dapat ditargetkan pada peningkatan status ekonomi.

PENDAHULUAN

Stunting menjadi permasalahan malnutrisi yang diharapkan dari tahun ke tahun mengalami penurunan. Target SDGS pada tahun 2030 prevalensi stunting akan mengalami penurunan 50% dibandingkan dengan prevalensi kejadian pada tahun 2012¹. Stunting adalah hasil pengukuran tinggi badan menurut usia kurang dari -2 SD².

Stunting memiliki konsekuensi yang bersifat jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka

pendek meliputi hambatan pertumbuhan anak, gangguan dalam perkembangan kognitif, serta motorik yang terhambat^{3,4}. Dampak jangka panjang stunting adalah anak mengalami penurunan kemampuan intelektual karena adanya gangguan fungsi saraf dan sel otak³. Anak yang mengalami stunting juga cenderung memiliki risiko yang lebih tinggi terkena hipertensi, obesitas, dan gangguan sistem metabolisme tubuh saat dewasa⁵. Anak yang memiliki riwayat stunting akan

merasakan dampak dari stunting secara terus-menerus, bahkan saat anak tersebut bekerja⁵.

Penanganan yang tepat terkait kejadian stunting sudah dilakukan, namun diperlukan pembaharuan yang disesuaikan dengan kondisi saat ini. Secara global, data pada tahun 2023 saat kejadian stunting sebesar 22,3%⁶. Angka tersebut menunjukkan bahwa kejadian stunting masuk dalam kategori tinggi. Hal tersebut sama dengan kejadian stunting di Indonesia, yaitu masuk dalam kategori tinggi dengan angka kejadian stunting sebesar 24,4%⁷. Stunting disebabkan oleh faktor langsung dan tidak langsung. Di Indonesia, faktor-faktor tidak langsung yang memengaruhi kejadian stunting mencakup ketahanan pangan, lingkungan sosial, lingkungan kesehatan, dan kondisi pemukiman. Keempat faktor ini dapat memengaruhi faktor langsung stunting, seperti asupan gizi dan status kesehatan³.

Pulau Jawa memiliki jumlah penduduk yang terbanyak di Indonesia, yakni sebanyak lebih dari 150 juta jiwa⁸. Jumlah penduduk terbanyak ini memiliki pengaruh pada kejadian stunting pada anak. Prevalensi stunting di DKI Jakarta 16,8%, Jawa Barat 24,5%, Jawa Tengah 20,9%, DI Yogyakarta 17,3%, Jawa Timur 23,5%, dan Banten 24,5%⁷. Selain itu, beberapa daerah di Pulau Jawa masuk dalam lokasi fokus intervensi percepatan penurunan stunting. Pada tahun 2023, dari 246 Kabupaten/Kota yang masuk dalam skema percepatan khusus sebanyak 108 Kabupaten/Kota di Pulau Jawa⁹. Hal tersebut menunjukkan daerah dengan jumlah penduduk yang banyak menjadi sasaran intervensi untuk penurunan stunting. Negara Burundi dengan tingkat kepadatan penduduk tinggi memiliki kejadian stunting sebesar 58%, adapun yang menjadi faktor risiko kejadian stunting di negara ini adalah jenis kelamin, usia anak, tempat melahirkan, berat badan lahir, pendidikan ibu, jumlah anak usia dibawah 5 tahun, pengetahuan ibu tentang gizi, dan status gizi¹⁰.

Kejadian stunting dapat meningkat di daerah dengan jumlah penduduk yang tinggi, walaupun demikian tetap perlu dilakukan identifikasi faktor risiko yang menyebabkan peningkatan kejadian stunting di daerah padat penduduk. Penelitian ini bertujuan pertama untuk mengetahui prevalensi stunting yang terjadi pada anak usia 6-23 bulan di setiap provinsi di Pulau Jawa, dan kedua untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan kejadian stunting di masing-masing provinsi tersebut. Pada akhirnya hasil penelitian ini dapat menjadi landasan untuk merancang program-program yang lebih tepat dan dapat menjangkau sasaran yang diperlukan.

METODE

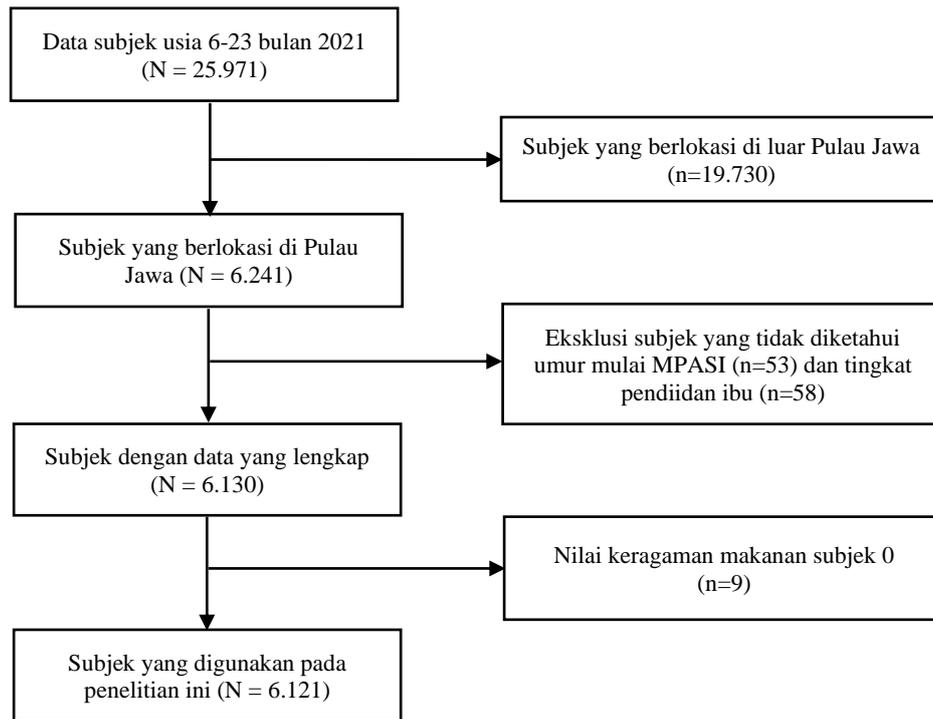
Penelitian ini menggunakan metode *cross-sectional* dengan menggunakan data sekunder. Data yang digunakan berasal dari Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021 dan telah disetujui penggunaannya (IR.03.01/H.I/2730/2023). Subjek yang digunakan pada penelitian ini adalah anak usia dibawah 2 tahun, khususnya anak-anak yang berusia usia 6-23 bulan dan tinggal di Pulau Jawa. Pulau Jawa terdiri dari 6 provinsi, yaitu DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, dan Banten.

Data yang diberikan oleh pihak Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan selanjutnya akan diproses untuk memilih subjek yang akan digunakan pada penelitian ini. Proses dari penetapan subjek yang digunakan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusif. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah data subjek yang digunakan harus lengkap. Kriteria eksklusifnya terdiri dari dua hal, yaitu data yang tidak lengkap dan anak yang tidak sehat berdasarkan pertanyaan di kuesioner pada bagian morbiditas balita (Gambar 1). Proses selanjutnya adalah analisis data yang akan digunakan pada penelitian.

Variabel dependen yang digunakan adalah stunting dan untuk variabel independen yang digunakan adalah usia anak (6- 8 bulan, 9-11 bulan, dan 12-23 bulan), jenis kelamin anak (laki-laki dan perempuan), keragaman makanan (beragam dan tidak beragam), konsumsi makanan ringan (iya dan tidak), usia pemberian makanan atau minuman selain ASI (<6 bulan dan ≥6 bulan), tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan), ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan (iya dan tidak), mendapatkan pelayanan gizi (iya dan tidak), pendidikan ibu (rendah, menengah, dan tinggi), dan status ekonomi (kuintil 1 – 5). Pengkategorian status ekonomi dilakukan berdasarkan kepemilikan barang berharga dengan menggunakan metode *principal component analysis (PCA)*.

Penentuan keragaman makanan menggunakan metode *Minimum Dietary Diversity (MDD)*. Anak dikategorikan makan beragam apabila mengkonsumsi minimal 5 dari 8 kelompok makanan. Ini merupakan metode MDD yang terbaru, sebelumnya hanya ada 7 kelompok makanan. Perbedaannya adalah ASI dimasukkan dalam kelompok makanan dalam penentuan keragaman makanan pada anak. Adapun 8 kelompok makanan tersebut antara lain asi, sereal dan umbi-umbian, kacang-kacangan, produk susu, daging (ikan, sapi, ayam, dll), telur, buah dan sayur vitamin A, serta buah dan sayur lainnya¹¹. Makanan ringan pada penelitian ini adalah makanan ekstrudat dengan rasa asin yang memiliki bentuk *puff*, kering, atau kopong.

Dalam penelitian ini, terdapat dua jenis analisis data yang dilakukan. Pertama, analisis deskriptif digunakan untuk menggambarkan jumlah dan persentase dari data yang digunakan secara umum dan daris etiap provinsi di Pulau Jawa. Kedua, analisis bivariat dilakukan untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, dalam hal ini stunting, dengan semua variabel independen yang diteliti. Dalam menentukan hubungan variabel independen dan dependennya dapat dilihat dari nilai *p-value*, dimana nilai *p-value* kurang dari 0,05 menunjukkan adanya hubungan yang signifikan. Pada penelitian ini, analisis statistik dilakukan menggunakan metode pembobotan regresi logistik untuk menghasilkan *odd ratio* untuk melihat kemungkinan kejadian antara paparan dan hasil. Analisis statistik dilakukan dengan menggunakan STATA 17.



Gambar 1. Penetapan subjek penelitian

HASIL DAN PEMBAHASAN

Total subjek pada penelitian ini adalah 6.121 anak usia 6-23 bulan. Prevalensi kejadian stunting di Pulau Jawa adalah 14,2%. Berdasarkan wilayah 14,2% DKI Jakarta, 17,8% Jawa Barat, 18,8% Jawa Tengah, 13,3% DI Yogyakarta, 20,1% Jawa Timur, dan 15,9% Banten. Status gizi anak berdasarkan tinggi badan menurut usia yang masuk kategori stunting 14,2% dan tidak 85,8%.

Pada tabel 1 dapat dilihat bahwa paling banyak ditemukan anak usia 12-23 bulan (68,1%), lalu anak usia 9-11 bulan (16,5%) dan 6-8 bulan (15,4%). Persentase anak laki-laki (51,8%) lebih banyak dibandingkan dengan perempuan (48,3%). Sebanyak 58,3% anak mengkonsumsi makanan yang beragam dan 41,7% tidak memenuhi konsumsi makanan yang beragam. Anak yang

mengkonsumsi makanan ringan 54,1% dan yang tidak 45,9%. Usia pemberian makanan atau minuman selain ASI lebih banyak pada anak dengan usia ≥6 bulan (52,2%) dibandingkan dengan anak yang usia <6 bulan (47,8%). Anak yang bertempat tinggal di daerah perkotaan sebesar 66,1%, sedangkan di perdesaan 33,9%. Sebanyak 92,9% tersedia fasilitas pelayanan kesehatan dan yang tidak tersedia sebanyak 7,1%. Hanya 20,4% yang mendapatkan pelayanan gizi, sisanya sebanyak 79,6% tidak mendapatkan. Pendidikan ibu yang paling banyak dalam penelitian ini adalah tingkat menengah 64,9%, rendah 20,5%, dan tinggi 14,6%. Urutan anak berdasarkan status ekonomi dari yang paling banyak antara lain kuintil 4 (22,1%), kuintil 5 (21,0%), kuintil 3 (19,8%), kuintil 2 (18,8%), dan kuintil 1 (18,2%).

Tabel 1. Karakteristik subjek di Pulau Jawa

Variabel	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
Usia	6-8 bulan	943	15.4
	9-11 bulan	1007	16.5
	12-23 bulan	4171	68.1
Jenis Kelamin	Laki-laki	3169	51.8
	Perempuan	2951	48.2
Keragaman Makanan	Beragam	3566	58.3
	Tidak beragam	2555	41.7
Konsumsi Makanan Ringan	Ya	3309	54.1
	Tidak	2812	45.9
Usia Pemberian Makanan atau Minuman selain ASI	< 6 bulan	2928	47.8
	≥ 6 bulan	3193	52.2
Tempat Tinggal	Perkotaan	4049	66.1
	Perdesaan	2072	33.9
Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Iya	5684	92.9
	Tidak	437	7.1
Mendapatkan Pelayanan Gizi	Iya	1251	20.4
	Tidak	4870	79.6
Pendidikan Ibu	Rendah	1254	20.5

Variabel	Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
Status Ekonomi	Menengah	3974	64.9
	Tinggi	893	14.6
	Kuintil 1	1117	18.2
	Kuintil 2	1153	18.8
	Kuintil 3	1210	19.8
	Kuintil 4	1354	22.1
Wilayah	Kuintil 5	1287	21.0
	DKI Jakarta	868	14.2
	Jawa Barat	1088	17.8
	Jawa Tengah	1148	18.8
	DI Yogyakarta	816	13.3
	Jawa Timur	1230	20.1
Status gizi anak berdasarkan tinggi badan menurut usia	Banten	971	15.9
	Stunting	868	14.2
	Tidak stunting	5223	85.8

Pada tabel 2 menampilkan karakteristik subjek di setiap provinsi di Pulau Jawa. Kategori usia yang paling banyak ditemukan di semua provinsi adalah anak usia 12-23 bulan. Jenis kelamin dengan persentase laki-laki lebih banyak ditemukan di Jawa Barat (51,7%), Jawa Tengah (52,3%), DI Yogyakarta (53,4%), dan Jawa Timur (53,5%). Sedangkan di DKI Jakarta dan Banten jumlah perempuan lebih banyak yaitu 50,6% dan 50,3%. Anak usia 6-23 bulan yang mengkonsumsi makanan beragam paling banyak ditemukan di DI Yogyakarta (75,0%), DKI Jakarta (62,8%), Jawa Tengah (60,7%), Jawa Timur (60,5%), Jawa Barat (49,9%), dan Banten (43,8%). Konsumsi makanan ringan paling banyak dikonsumsi di Jawa Barat (61,7%), Jawa Tengah (54,3%), DI Yogyakarta (54,2%), Jawa Timur (54,2%), DKI Jakarta (50,5%), dan Banten (48,2%). Usia anak mulai mengkonsumsi makanan atau minuman selain ASI <6 bulan lebih banyak dibandingkan ≥6 bulan

ada di Banten (62,5%) dan DKI Jakarta (52,3%). Hampir 100% di setiap provinsi tersedia fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan gizi paling banyak dilakukan di DI Yogyakarta (29,0%), Jawa Timur (26,9%), Jawa Tengah (21,6%), Jawa Barat (21,0%), Banten (12,9%), dan DKI Jakarta (9,3%). Tingkat pendidikan ibu menengah paling banyak ditemukan di setiap provinsi. Status ekonomi di setiap provinsi berbeda-beda persentase paling tinggi di setiap kelompoknya di DKI Jakarta kuintil 5 (31,1%), di Jawa Barat kuintil 1 (23,1%), di Jawa Tengah kuintil 3 (22,2%), di DI Yogyakarta kuintil 5 (26,0%), di Jawa Timur kuintil 2 (23,0%), dan di Banten (22,8%). Prevalensi kejadian stunting dari yang terendah di DKI Jakarta (11,9%), DI Yogyakarta (12,1%), Jawa Tengah, 13,2%), Banten (14,6%), Jawa Timur (15,9%), dan Jawa Barat (16,3%).

Tabel 2. Persentase konsumsi kelompok makanan anak usia 6-23 bulan

Variabel	DKI Jakarta	Jawa Barat	Jawa Tengah	DI Yogyakarta	Jawa Timur	Banten
Usia						
6-8 bulan	14,3%	16,7%	16,1%	14,1%	14,1%	16,8%
9-11 bulan	18,9%	15,7%	16,6%	16,1%	15,8%	16,1%
12-23 bulan	66,8%	67,6%	67,2%	69,9%	70,1%	67,1%
Jenis Kelamin						
Laki-laki	49,4%	51,7%	52,3%	53,4%	53,5%	49,7%
Perempuan	50,6%	48,3%	47,7%	46,6%	46,5%	50,3%
Keragaman Makanan						
Beragam	62,8%	49,9%	60,7%	75,0%	60,5%	43,8%
Tidak beragam	37,2%	50,1%	39,3%	25,0%	39,5%	56,2%
Konsumsi Makanan Ringan						
Iya	50,5%	61,7%	54,3%	54,2%	54,2%	48,2%
Tidak	49,5%	38,3%	45,7%	45,8%	45,8%	51,8%
Usia Pemberian Makanan atau Minuman selain ASI						
< 6 bulan	52,3%	48,4%	44,6%	33,2%	45,3%	62,5%
≥ 6 bulan	47,7%	51,6%	55,4%	66,8%	54,7%	37,5%
Tempat Tinggal						
Perkotaan	100%	67,7%	50,6%	70,1%	48,9%	71,0%
Perdesaan	0%	32,2%	49,4%	29,9%	51,1%	29,0%
Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan						
Iya	87,3%	94,1%	96,3%	98,0%	93,8%	86,7%
Tidak	12,7%	5,9%	3,7%	2,0%	6,2%	13,3%
Mendapatkan Pelayanan Gizi						
Iya	9,3%	21,0%	21,6%	29,0%	26,9%	12,9%

Variabel	DKI Jakarta	Jawa Barat	Jawa Tengah	DI Yogyakarta	Jawa Timur	Banten
Tidak	90,7%	79,0%	78,4%	71,0%	73,1%	87,1%
Pendidikan Ibu						
Rendah	9,4%	28,1%	23,4%	7,2%	23,4%	25,7%
Menengah	68,4%	62,7%	63,8%	71,2%	64,3%	61,2%
Tinggi	22,1%	9,2%	12,8%	21,6%	12,3%	13,1%
Status Ekonomi						
Kuintil 1	8,1%	23,1%	19,9%	14,8%	19,9%	20,7%
Kuintil 2	12,6%	20,9%	20,8%	15,9%	23,0%	17,0%
Kuintil 3	18,4%	19,8%	22,2%	18,5%	20,8%	17,8%
Kuintil 4	29,8%	20,1%	19,6%	24,8%	19,3%	21,7%
Kuintil 5	31,1%	16,2%	17,4%	26,0%	16,9%	22,8%
Status Glzi TB/U						
Stunted	11,9%	16,3%	13,2%	12,1%	15,9%	14,6%
Tidak	88,1%	83,7%	86,8%	87,9%	84,1%	85,4%
ASI						
Konsumsi	59,8%	73,9%	78,7%	80,8%	67,6%	65,1%
Tidak konsumsi	40,2%	26,1%	21,3%	19,2%	32,4%	34,9%
Sereal dan Umbi Umbian						
Konsumsi	97,0%	95,6%	96,6%	96,3%	93,3%	95,8%
Tidak konsumsi	3%	4,4%	3,4%	3,7%	6,7%	4,2%
Kacang-Kacangan						
Konsumsi	30,6%	33,5%	38,0%	46,7%	43,0%	28,9%
Tidak konsumsi	69,4%	66,5%	62,0%	53,3%	57,0%	71,1%
Produk Susu						
Konsumsi	62,9%	41,6%	42,2%	48,0%	47,5%	45,9%
Tidak konsumsi	37,1%	58,4%	57,8%	52,0%	52,5%	54,1%
Daging						
Konsumsi	71,5%	52,4%	54,0%	63,4%	56,4%	52,1%
Tidak konsumsi	28,5%	47,6%	46,0%	36,6%	43,6%	47,9%
Telur						
Konsumsi	39,9%	37,0%	42,1%	52,2%	48,4%	34,1%
Tidak konsumsi	60,1%	63,0%	57,9%	47,8%	51,6%	65,9%
Buah dan Sayur Vitamin A						
Konsumsi	72,4%	61,8%	71,3%	80,4%	71,5%	54,3%
Tidak konsumsi	27,6%	38,2%	28,7%	19,6%	28,5%	45,7%
Buah dan Sayur Lainnya						
Konsumsi	52,9%	48,1%	58,8%	69,0%	51,2%	48,1%
Tidak konsumsi	47,1%	51,9%	41,2%	31,0%	48,8%	51,9%

Faktor risiko dan faktor protektif dari kejadian stunting di setiap provinsi di Pulau Jawa (Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, dan Banten) dapat dilihat pada Tabel 3.

Di Provinsi DKI Jakarta anak yang mengkonsumsi makanan atau minuman selain ASI < 6 bulan menjadi faktor protektif dari kejadian stunting (OR = 0,60; 95% CI: 0,36 – 0,98). Status ekonomi menjadi faktor risiko dari kejadian stunting. Anak yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi pada kuintil 1 (OR = 4,03; 95% CI: 1,81 – 8,94), kuintil 2 (OR = 2,56; 95% CI: 1,08 – 6,09), kuintil 3 (OR = 3,48; 95% CI: 1,59 – 7,66), dan kuintil 4 (OR = 2,63; 95% CI: 1,29 – 5,35) meningkatkan risiko kejadian stunting daripada anak yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi pada kuintil 5.

Di Provinsi Jawa Barat usia anak 12-23 bulan (OR = 3,47; 95% CI: 1,70 – 7,07) meningkatkan kejadian stunting dibandingkan dengan anak usia 6-8 bulan. Anak yang mengkonsumsi makanan ringan (OR = 1,92; 95% CI: 1,26 – 2,92) memiliki kemungkinan untuk meningkatkan kejadian stunting daripada anak yang tidak mengkonsumsi makanan ringan. Lokasi tempat tinggal di

perdesaan (OR = 1,49; 95% CI: 1,02 – 2,18) menjadi faktor risiko dari peningkatan kejadian stunting daripada anak yang tinggal di perkotaan. Semakin rendah pendidikan ibu maka kejadian stunting mengalami peningkatan. Ibu dengan pendidikan rendah (OR = 15,08; 95% CI: 4,97 – 45,78) dan menengah (OR = 8,31; 95% CI: 2,77 – 24,90) menaikkan kejadian stunting daripada ibu yang berpendidikan tinggi. Status ekonomi menjadi faktor risiko kejadian stunting pada kuintil 1 (OR = 5,82; 95% CI: 2,66 – 12,72), kuintil 2 (OR = 3,13; 95% CI: 1,40 – 7,01), dan kuintil 3 (OR = 4,04; 95% CI: 1,71 – 9,56) daripada kuintil 5. Sedangkan yang menjadi faktor protektif kejadian stunting di daerah Jawa Barat adalah anak yang mendapatkan pelayanan gizi (OR = 0,61; 95% CI: 0,41 – 0,91).

Di Jawa Tengah yang menjadi faktor risiko dari kejadian stunting hanya dari status ekonomi keluarga. Dimana anak yang berada pada kuintil 1 (OR = 1,83; 95% CI: 1,00 – 3,22) memiliki kemungkinan untuk meningkatkan kejadian stunting daripada anak yang berasal dari kuintil 5.

Di DI Yogyakarta yang menjadi faktor risiko kejadian stunting adalah usia anak. Usia anak 12-23 bulan (OR = 2,82; 95% CI: 1,17 – 6,84) meningkatkan kejadian stunting daripada dengan anak usia 6-8 bulan. Anak yang tidak mengkonsumsi beragam menjadi faktor protektif dari kejadian stunting (OR = 0,46; 95% CI: 0,26 – 0,80).

Di Provinsi Jawa Timur yang menjadi faktor risiko kejadian stunting adalah usia anak, jenis kelamin, konsumsi makanan ringan, pendidikan ibu, dan status ekonomi. Usia anak 9-11 bulan (OR = 3,20; 95% CI: 1,28 – 8,04) dan 12-23 bulan (OR = 5,22; 95% CI: 2,30 – 11,89) meningkatkan kejadian stunting daripada anak usia 6-8 bulan. Laki-laki (OR = 1,55; 95% CI: 1,08 – 2,22) meningkatkan kejadian stunting daripada perempuan. Anak yang mengkonsumsi makanan ringan (OR = 1,51; 95% CI: 1,10 – 2,08) memiliki kemungkinan untuk meningkatkan kejadian stunting daripada anak yang tidak mengkonsumsi makanan ringan. Ibu dengan pendidikan rendah (OR = 2,48; 95% CI: 1,24 – 4,94) dan menengah (OR = 2,16; 95% CI: 1,15 – 4,07) meningkatkan kejadian stunting daripada ibu yang berpendidikan tinggi. Anak yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi pada kuintil 1 (OR = 3,12; 95% CI: 1,41 – 6,91) dan kuintil 3 (OR = 2,52; 95% CI: 1,22 – 5,22) meningkatkan risiko kejadian

stunting daripada anak yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi pada kuintil 5.

Di Provinsi Banten yang menjadi faktor risiko kejadian stunting adalah usia anak, jenis kelamin, konsumsi makanan ringan, tempat tinggal, dan status ekonomi. Usia anak 12-23 bulan (OR = 6,62; 95% CI: 2,87 – 15,29) meningkatkan kejadian stunting daripada anak usia 6-8 bulan. Laki-laki (OR = 1,76; 95% CI: 1,14 – 2,71) meningkatkan kejadian stunting daripada perempuan. Anak yang mengkonsumsi makanan ringan (OR = 2,57; 95% CI: 1,68 – 3,94) memiliki kemungkinan untuk meningkatkan kejadian stunting daripada anak yang tidak mengkonsumsi makanan ringan. Lokasi tempat tinggal di perdesaan (OR = 1,59; 95% CI: 1,02 – 2,46) menjadi faktor risiko dari peningkatan kejadian stunting daripada anak yang tinggal di perkotaan. Anak yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi pada kuintil 1 (OR = 1,94; 95% CI: 1,12 – 3,37) meningkatkan risiko kejadian stunting daripada anak yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi pada kuintil 5.

Tabel 3. Faktor risiko kejadian stunting di Provinsi Jawa

Variabel	Wilayah											
	DKI Jakarta		Jawa Barat		Jawa Tengah		DI Yogyakarta		Jawa Timur		Banten	
	OR	P-Value	OR	P-Value	OR	P-Value	OR	P-Value	OR	P-Value	OR	P-Value
Usia												
6-8 bulan	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
9-11 bulan	1,35 (0,51 – 3,60)	0,54 2	1,02 (0,43 – 2,43)	0,958	0,68 (0,3 – 1,37)	0,27 9	0,56 (0,15 – 2,11)	0,39 3	3,20 (1,28 – 8,04)*	0,013	1,93 (0,70 – 5,28)	0,203
12-23 bulan	1,78 (0,77 – 4,09)	0,17 7	3,47 (1,70 – 7,07)*	0,001	1,12 (0,7 – 1,81)	0,63 8	2,82 (1,17 – 6,84)*	0,02 2	5,22 (2,30 – 11,89)*	<0,001	6,62 (2,87 – 15,29)*	<0,001
Jenis Kelamin												
Laki-laki	1,07 (0,60 – 1,73)	0,78 4	1,40 (0,99 – 1,96)	0,056	1,29 (0,8 – 1,91)	0,20 6	1,19 (0,72 – 1,97)	0,50 2	1,55 (1,08 – 2,22)*	0,017	1,76 (1,14 – 2,71)*	0,011
Perempuan	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Keragaman Makanan												
Beragam	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Tidak beragam	0,89 (0,54 – 1,47)	0,66 2	0,86 (0,58 – 1,26)	0,438	1,41 (0,9 – 2,02)	0,06 0	0,46 (0,26 – 0,80)*	0,00 6	0,95 (0,66 – 1,36)	0,784	0,96 (0,61 – 1,53)	0,877
Konsumsi Makanan Ringan												
Iya	1,31 (0,80 – 2,13)	0,27 8	1,92 (1,26 – 2,92)*	0,002	1,04 (0,7 – 1,3)	0,83 3	1,13 (0,70 – 1,83)	0,62 2	1,51 (1,10 – 2,08)*	0,011	2,57 (1,68 – 3,94)*	<0,001

Tabel 3. Faktor risiko kejadian stunting di Provinsi Jawa

Variabel	Wilayah											
	DKI Jakarta		Jawa Barat		Jawa Tengah		DI Yogyakarta		Jawa Timur		Banten	
	OR	P-Value	OR	P-Value	OR	P-Value	OR	P-Value	OR	P-Value	OR	P-Value
					1,47							
Tidak	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Usia Pemberian Makanan atau Minuman selain ASI												
< 6 bulan	0,60 (0,36 – 0,98) *	0,04 3	0,69 (0,47 – 1,00)	0,052	1,05 (0,72 – 1,52)	0,80 2	0,96 (0,61 – 1,54)	0,88 0	1,17 (0,82 – 1,68)	0,388	1,23 (0,78 – 1,93)	0,367
≥ 6 bulan	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Tempat Tinggal												
Perkotaan	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Perdesaan	Tidak ada desa		1,49 (1,02 – 2,18)*	0,041	0,96 (0,64 – 1,45)	0,86 1	1,27 (0,75 – 2,13)	0,37 1	0,95 (0,66 – 1,35)	0,758	1,59 (1,02 – 2,46)*	0,039
Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan												
Iya	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Tidak	0,95 (0,48 – 1,91)	0,89 3	1,12 (0,59 – 2,14)	0,732	2,12 (0,96 – 4,70)	0,06 4	0,97 (0,20 – 4,74)	0,96 6	0,96 (0,47 – 1,96)	0,905	0,89 (0,43 – 1,84)	0,744
Mendapatkan Pelayanan Gizi												
Iya	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Tidak	1,18 (0,57 – 2,43)	0,65 7	0,61 (0,41 – 0,91)*	0,014	0,95 (0,62 – 1,46)	0,80 6	0,77 (0,47 – 1,27)	0,30 9	0,77 (0,53 – 1,12)	0,176	1,76 (0,90 – 3,47)	0,099
Pendidikan Ibu												
Rendah	1,87 (0,66 – 5,27)	0,23 8	15,08 (4,97 – 45,78) *	<0,001	1,82 (0,92 – 2,60)	0,08 4	0,95 (0,28 – 3,21)	0,93 2	2,48 (1,24 – 4,94)*	0,010	1,78 (0,82 – 3,88)	0,146
Menengah	1,97 (0,96 – 4,03)	0,06 3	8,31 (2,77 – 24,90) *	<0,001	1,07 (0,57 – 1,97)	0,82 7	1,43 (0,73 – 2,81)	0,29 4	2,16 (1,15 – 4,07)*	0,017	1,38 (0,66 – 2,87)	0,389
Tinggi	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Status Ekonomi												
Kuintil 1	4,03 (1,81 – 8,94) *	0,001	5,82 (2,66 – 12,72)*	<0,001	1,83 (1,00 – 3,32)*	0,048	1,52 (0,62 – 3,71)	0,361	3,12 (1,41 – 6,91)	0,005	1,94 (1,12 – 3,37)*	0,019
Kuintil 2	2,56 (1,08 – 6,09) *	0,033	3,13 (1,40 – 7,01)*	0,006	1,51 (0,822 – 2,79)	0,182	2,26 (0,99 – 5,16)	0,053	1,82 (0,80 – 4,11)	0,150	1,67 (0,83 – 3,39)	0,151

Kuintil 3	3,48 (1,59 – 7,66)*	0,002	4,04 (1,71 – 9,56)*	0,002	1,21 (0,65 – 2,26)	0,542	2,10 (0,93 – 4,75)	0,074	2,52 (1,22 – 5,22)*	0,013	1,37 (0,69 – 2,69)	0,359
Kuintil 4	2,63 (1,29 – 5,35)*	0,008	2,18 (0,92 – 5,18)	0,076	1,36 (0,72 – 2,58)	0,340	1,61 (0,69 – 3,77)	0,271	2,24 (1,00 – 5,00)	0,050	1,09 (0,54 – 2,18)	0,818
Kuintil 5	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	

*p-value <0,05

Stunting pada baduta disebabkan oleh berbagai faktor. Identifikasi faktor-faktor penyebab dari kejadian stunting menjadi hal utama yang harus dilakukan sebelum melakukan intervensi. Pada penelitian ini anak di Jawa Barat dengan usia 12-23 bulan berpeluang mengalami stunting 3,47 kali lebih besar dibandingkan dengan anak usia 6-8 bulan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Ethiopia bagian Utara¹². Anak usia 6-23 bulan identik dengan makanan pendamping ASI, fase mulai diperkenalkan dengan makanan selain ASI. Pemberian MPASI ini harus optimal, sehingga pertumbuhan anak juga dapat maksimal dan tidak mengakibatkan anak mengalami stunting. Pertambahan usia anak mempengaruhi konsumsi makanan pada anak, sehingga usia anak menjadi faktor risiko kejadian stunting. Di Thailand, prevalensi anak yang mengalami stunting pada usia 6-11 bulan sebanyak 8,7% dan pada usia 12-23 bulan 11,8%¹³.

Pada panduan pemberian makanan pendamping ASI bahwa jumlah dan frekuensi pemberian makanan pada anak usia 6-8 bulan, 9-11 bulan, dan 12-23 bulan berbeda^{14,15}. Pada anak usia 6-8 bulan, pemberian makanan dimulai dengan 2-3 sendok kecil secara bertahap, sementara saat mencapai usia 9-11 bulan, porsi makanannya bertambah menjadi setengah mangkuk berukuran 250 ml. Ketika berusia 12-23 bulan, jumlah makanan yang diberikan berkisar antara 3 per empat hingga satu mangkuk berukuran 250 ml¹⁴. Pada anak yang masih ASI, dari segi frekuensi anak usia 6-8 bulan dapat diberikan makanan atau cemilan 2 kali dalam sehari dan saat usia 6-23 bulan diberikan 3 kali makan atau camilan dalam sehari. Pada anak yang tidak ASI mengkonsumsi makanan setidaknya 4 kali dalam sehari¹⁵.

Faktor lain yang dapat menilai makanan pendamping ASI, yakni keragaman makanan yang pada penelitian ini menjadi faktor protektif dari kejadian stunting. Dalam penelitian ini keragaman makanan di Provinsi DI Yogyakarta menjadi faktor protektif, yakni anak yang tidak mengkonsumsi makanan beragam kemungkinan lebih rendah untuk mengalami kejadian stunting. Kejadian tersebut dapat dilihat dari skor pola pangan harapan (PPH) di DI Yogyakarta konsumsi proteinnya baik¹⁶.

Masa MPASI menjadi masa anak untuk mengeksplor makanan termasuk makanan ringan. Makanan ringan memiliki kandungan energi dan garam yang tinggi sehingga dapat menggantikan ASI dan menurunkan nafsu makan anak untuk mengkonsumsi makanan bergizi. Makanan pendamping ASI yang diberikan pada anak haruslah adekuat dengan salah satu syaratnya adalah bebas garam. Sehingga pemberian

makanan ringan ini sebaiknya dihindari. Anak yang diberikan makanan ringan dapat menggantikan ASI dan menurunkan nafsu makan anak untuk mengkonsumsi makanan bergizi. Zat gizi yang dibutuhkan oleh anak tidak dapat terpenuhi akan berdampak pada penurunan status gizi anak¹⁴. Hasil penelitian yang dilakukan di Jawa Barat menunjukkan bahwa anak ≥ 7 tahun yang sering mengkonsumsi cemilan memiliki nilai tinggi badan menurut umur lebih rendah dibandingkan dengan anak yang jarang mengkonsumsi cemilan¹⁷.

Anak-anak yang tinggal di daerah perdesaan di Banten memiliki risiko stunting 1,59 kali lebih tinggi daripada mereka yang tinggal di perkotaan. Faktor-faktor seperti disparitas sosial ekonomi, tingkat pendidikan orang tua, serta tingkat kesejahteraan keluarga dalam hal kepemilikan aset, akses air minum, dan air bersih menjadi penyebabnya¹⁸. Di Ethiopia dan Bangladesh, anak-anak perdesaan memiliki kemungkinan stunting masing-masing 30% dan 7,2% lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tinggal di perkotaan^{19,20}. Studi di Ekuador menunjukkan bahwa diare menjadi salah satu penyebab stunting pada anak-anak perdesaan²¹.

Penelitian ini menegaskan bahwa tingkat pendidikan ibu memengaruhi risiko terjadinya stunting. Di Jawa Timur, Ibu dengan tingkat pendidikan rendah dan menengah memiliki risiko 2,48 dan 2,16 kali lebih tinggi untuk memiliki anak yang mengalami stunting jika dibandingkan dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi pada ibu seringkali berdampak pada pengetahuan yang lebih luas tentang kesehatan anak, pemanfaatan fasilitas kesehatan yang tersedia, serta kepedulian terhadap kebersihan dan sanitasi keluarga²². Di fasilitas kesehatan ibu bisa melakukan ANC dan PNC sehingga bisa menambah pengetahuan tentang anak, selain itu juga bisa diberikan imunisasi sesuai dengan jadwal²³. Penelitian di Bangladesh juga menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, semakin beragam pula pemberian makanan yang diberikan kepada anak²⁴.

Hasil lain dari penelitian ini menunjukkan bahwa di DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Banten sosial ekonomi memberikan pengaruh pada kejadian stunting. Pada keluarga dengan status ekonomi yang lebih rendah asupan makan sehari-hari tidak terpenuhi, kesulitan dalam menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan, dan rendahnya praktik hidup bersih dan sehat²⁵. Keluarga dengan ekonomi yang rendah, sangat rentan untuk mengalami kerawanan pangan, sehingga anak tidak dapat mengkonsumsi makanan sesuai dengan anjuran dan mengakibatkan penurunan pada pertumbuhan dan perkembangannya²⁶.

Selain itu, di Banten kemungkinan terjadinya stunting pada anak laki-laki mencapai 1,76 kali lipat lebih tinggi daripada anak perempuan dari hasil penelitian ini. Kejadian itu dapat disebabkan oleh tiga hal, yakni biologi, sosial, dan gabungan keduanya. Dari segi biologi dapat dilihat dari perbedaan kondisi kekebalan tubuh dan dari segi sosial dapat diketahui dari kebiasaan perilaku seperti pemberian makan, perbedaan waktu penyapihan, dan kegiatan sehari-hari anak²⁷. Studi yang dilakukan oleh Mengesha di Ethiopia menunjukkan bahwa anak laki-laki memiliki probabilitas 40% lebih tinggi untuk mengalami stunting dibandingkan dengan anak perempuan²⁸.

Usia pemberian makanan atau minuman selain ASI <6 bulan pada penelitian ini menjadi faktor protektif di Provinsi DKI Jakarta. Data dari BPS menunjukkan bahwa perempuan yang bekerja di Jakarta sebanyak 73,08% buruh, karyawan, atau pegawai²⁹. Studi kualitatif yang dilakukan di Kenya menunjukkan bahwa ibu bekerja memberikan makanan atau minum ASI lebih awal akan memenuhi kebutuhan gizi anak terutama pada Ibu yang bekerja *full-time*, serta alat pompa ASI yang tidak tersedia, sehingga tidak bisa menjamin kualitas ASI²⁹. Pekerjaan tersebut menyebabkan Ibu untuk memilih memberikan makanan atau minuman selain ASI sebelum usia anak 6 bulan. Ibu yang mengkonsumsi obat dan dapat diekskresikan melalui ASI dalam jumlah yang sedikit menyebabkan pemberian ASI tidak dapat diberikan kepada anak³⁰.

Berdasarkan hasil dari penelitian ini, orang tua yang mendapatkan pelayanan gizi menjadi faktor protektif dari stunting di Jawa Barat. Dengan anak mendapatkan intervensi gizi bukan menjadikan anak tersebut stunting akan tetapi, saat anak mengalami stunting, intervensi gizi diberikan dapat berupa edukasi kepada orang tua, pemberian makanan tambahan, suplementasi ataupun pendampingan³¹. Intervensi yang dilakukan tersebut bergantung pada program yang sedang dijalankan di daerah masing-masing dalam penanganan kejadian stunting. Di Indonesia anak stunting akan mendapatkan konseling dan edukasi serta penjelasan mengenai terapi nutrisi yang akan dilakukan³².

Penelitian ini dapat menggambarkan kejadian stunting dan faktor risikonya pada anak usia 6-23 bulan di Pulau Jawa. Namun ada keterbatasan dalam penelitian ini adalah ada beberapa data yang tidak lengkap terkait dengan variabel seperti umur mulai MPASI dan tingkat pendidikan ibu serta beberapa variabel yang tidak dimiliki oleh peneliti yang dapat mendukung hasil dan pembahasan, seperti tingkat pendidikan ayah.

KESIMPULAN

Pulau Jawa memiliki jumlah penduduk yang paling besar diantara pulau-pulau lain di Indonesia. Prevalensi kejadian stunting semua provinsi di Pulau Jawa masuk dalam kategori menengah. Hampir di setiap provinsi di Pulau Jawa status ekonomi memberikan pengaruh pada kejadian stunting, terutama pada status ekonomi paling rendah. Sehingga, status ekonomi dapat menjadi perhatian khusus dalam penanganan kejadian stunting.

Penelitian selanjutnya, terkait konsumsi makanan dapat menganalisis frekuensi makan anak dengan metode *minimum meal frequency (MMF)*, selanjutnya

juga dapat mengetahui penerimaan makanan dengan metode *minimum acceptable diet (MAD)*. Data tentang orang tua, tidak hanya mengenai Ibu, tetapi juga bisa ayah karena ayah juga memiliki pengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Program penanganan stunting yang dikerjakan oleh pemerintah dan organisasi non-pemerintah memberikan fokus yang lebih besar pada keluarga dengan ekonomi yang rendah.

ACKNOWLEDGEMENT

Kami berterima kasih kepada Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI yang telah menyediakan dan memberikan data yang dibutuhkan.

KONFLIK KEPENTINGAN DAN SUMBER PENDANAAN

Dalam penulisan artikel ini, kedua penulisan tidak memiliki konflik kepentingan. Tidak ada sumber dana yang digunakan pada penelitian ini.

REFERENSI

1. Development Initiatives. *Global Nutrition Report 2021*. *Global Nutrition Report* https://globalnutritionreport.org/documents/851/2021_Global_Nutrition_Report_aUfTRv0.pdf (2021).
2. Menteri Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak*. (2020).
3. Kementerian PPN/ Bappenas. *Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota. Rencana Aksi Nas. dalam Rangka Penurunan Stunting Rembuk Stunting 1–51* (2018).
4. Ekholuenetale, M., Barrow, A., Ekholuenetale, C. E. & Tudeme, G. Impact of stunting on early childhood cognitive development in Benin: evidence from Demographic and Health Survey. *Egypt. Pediatr. Assoc. Gaz.* **68**, 1–11 (2020).
5. Soliman, A. *et al.* Early and long-term consequences of nutritional stunting: From childhood to adulthood. *Acta Biomed.* **92**, 1–12 (2021).
6. UNICEF, WHO & The World Bank. *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF, WHO, World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key findings of the 2023 edition*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073791> (2023).
7. Kementerian Kesehatan RI. *Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021*. (2021) doi:10.36805/bi.v2i1.301.
8. BPS. *Jumlah Penduduk Menurut Provinsi di Indonesia (Ribuan Jiwa), 2020-2022*. <https://sulut.bps.go.id/indicator/12/958/1/jumlah-penduduk-menurut-provinsi-di-indonesia.html> (2023).
9. Menteri PPN/Kepala Bappenas. *Penetapan Kabupaten/Kota Lokasi Fokus Intervensi Percepatan Penurunan Stunting Terintegrasi Tahun 2024*. 1–21 (2023).

10. Nkurunziza, S., Meessen, B., Van geertruyden, J. P. & Korachais, C. Determinants of stunting and severe stunting among Burundian children aged 6-23 months: Evidence from a national cross-sectional household survey, 2014. *BMC Pediatr.* **17**, 1–14 (2017).
11. WHO & UNICEF. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. *World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF)* 19 at http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44306/9789241599290_eng.pdf?sequence=1 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm> <http://innocenti15.net/declaration>. (2021).
12. Abeway, S., Gebremichael, B., Murugan, R., Assefa, M. & Adinew, Y. M. Stunting and its determinants among children aged 6-59 Months in Northern Ethiopia: A cross-sectional study. *J. Nutr. Metab.* **2018**, (2018).
13. Benedict, L., Hong, S. A., Winichagoon, P., Tejativadhdana, P. & Kasemsup, V. Double Burden of Malnutrition and its Association with Infant and Young Child Feeding Practices among Children Under-Five in Thailand. *Public Health Nutr.* **24**, 3058–3065 (2021).
14. UNICEF. *Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period.* (2020).
15. UNICEF. *Fed to Fail? The Crisis of Children's Diets in Early Life. Child Nutrition Report* <https://data.unicef.org/resources/fed-to-fail-2021-child-nutrition-report/> (2021).
16. Bappeda Provinsi Yogyakarta. Daerah Istimewa Yogyakarta Skor Pola Pangan Harapan. *Aplikasi Dataku* https://bappeda.jogjaprovo.go.id/dataku/data_dasar/cetak/124-skor-pola-pangan-harapan-pph (2023).
17. Sekiyama, M., Roosita, K. & Ohtsuka, R. Snack foods consumption contributes to poor nutrition of rural children in West Java, Indonesia. *Asia Pac. J. Clin. Nutr.* **21**, 558–567 (2012).
18. Srinivasan, C. S., Zanello, G. & Shankar, B. Rural-urban disparities in child nutrition in Bangladesh and Nepal. *BMC Public Health* **13**, 1–15 (2013).
19. Mengesha, H. G., Vatanparast, H., Feng, C. & Petrucka, P. Modeling the predictors of stunting in Ethiopia: Analysis of 2016 Ethiopian demographic health survey data (EDHS). *BMC Nutr.* **6**, 1–11 (2020).
20. Rahman, A. & Rahman, M. S. Rural-Urban Differentials of Childhood Malnutrition in Bangladesh. *Int. J. Child Heal. Nutr.* **8**, 35–42 (2019).
21. Ortiz, J., Van Camp, J., Wijaya, S., Donoso, S. & Huybregts, L. Determinants of child malnutrition in rural and urban Ecuadorian highlands. *Public Health Nutr.* **17**, 2122–2130 (2013).
22. Das, S. & Gulshan, J. Different forms of malnutrition among under five children in Bangladesh: A cross sectional study on prevalence and determinants. *BMC Nutr.* **3**, 1–12 (2017).
23. Vikram, K. & Vanneman, R. Maternal Education and the Multidimensionality of Child Health Outcomes in India. *J Biosoc Sci* **52**, 57–77 (2020).
24. Ahmed, M. S., Sen, L. C., Farhana, J. A. & Yunus, F. M. Association between Dietary Diversity and Nutritional Status of The Children Aged 6–23 Months in Bangladesh: Evidence from The Multiple Indicator Cluster Survey 2019. *Nutrire* **47**, 1–10 (2022).
25. Ahmad, D., Afzal, M. & Imtiaz, A. Effect of socioeconomic factors on malnutrition among children in Pakistan. *Futur. Bus. J.* **6**, 1–11 (2020).
26. Ali, N. B. *et al.* Association of Food Security and other Socioeconomic Factors with Dietary Diversity and Nutritional Statuses of Children Aged 6-59 Months in rural Bangladesh. *PLoS One* (2019) doi:10.1371/journal.pone.0221929.
27. Thurstans, S. *et al.* Boys are more likely to be undernourished than girls: A systematic review and meta-analysis of sex differences in undernutrition. *BMJ Glob. Heal.* **5**, 1–17 (2020).
28. BPS Provinsi DKI Jakarta. Persentase Wanita Usia Subur (15-49 Tahun) yang Bekerja Seminggu yang Lalu Menurut Status Pekerjaan di DKI Jakarta (Persen), 2021. *Bada Pusat Statistik Provinsi DKI Jakarta* (2021).
29. Ickes, S. B. *et al.* Exclusive breastfeeding among working mothers in Kenya: Perspectives from women, families and employers. *Matern. Child Nutr.* **17**, 1–14 (2021).
30. Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A. & Schmukler, S. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr. Psychiatry Rep.* **18**, 1–9 (2016).
31. Goudet, S. M., Bogin, B. A., Madise, N. J. & Griffiths, P. L. Nutritional interventions for preventing stunting in children (Birth to 59 months) living in urban slums in low-and middle-income countries (LMIC). *Cochrane Database Syst. Rev.* **2019**, (2019).
32. Kemenkes RI. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stunting.* 1–52 (2022).