

**DETERMINAN PREVALENSI BALITA STUNTING 34 PROVINSI DI
INDONESIA TAHUN 2017-2022**

(Skripsi)

**Oleh
DESWIRA AULIA**



**JURUSAN EKONOMI PEMBANGUNAN
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS LAMPUNG**

2024

**DETERMINAN PREVALENSI BALITA STUNTING 34 PROVINSI DI
INDONESIA TAHUN 2017-2022**

**Oleh
Deswira Aulia**

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
SARJANA EKONOMI**

Pada

**Jurusan Ekonomi Pembangunan
Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung**



**JURUSAN EKONOMI PEMBANGUNAN
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS
UNIVERSITAS LAMPUNG**

2024

ABSTRACT

DETERMINANT PREVALENCE OF STUNTING IN 34 PROVINCE OF INDONESIA

**By
Deswira Aulia**

Stunting is a nutritional problem that occurs in toddlers, where the toddler has a short or very short body compared to children his age. Indonesia is the second largest country with the highest prevalence rate in Southeast Asia. For this reason, the Indonesian government is trying various ways to reduce the prevalence of stunting. This study aims to determine the effect of women's average education, exclusive breastfeeding, level of completion of toddler immunization, integrated healthcare center activity, inadequate food consumption and proper sanitation on the prevalence of stunting. This type of data is secondary data in the form of panel data. By using panel data regression and multiple regression models (OLS). These results show that the average female education, exclusive breastfeeding, integrated healthcare center activity, inadequate food consumption, and adequate sanitation have a significant negative effect on the prevalence of stunting in Indonesia. Meanwhile, the level of completion of toddler immunization does not significantly influence the prevalence of stunting in Indonesia in 2017-2022.

Keywords : *Average female education, exclusive breastfeeding, toodler immunization completion rate, integrated healthcare center activity, inadequate food consumption, proper sanitation, prevalence of stunting*

ABSTRAK

DETERMINAN PREVALENSI BALITA STUNTING 34 PROVINSI DI INDONESIA TAHUN 2017-2022

**By
Deswira Aulia**

Stunting merupakan suatu masalah gizi yang terjadi pada balita, Dimana balita tersebut memiliki tubuh pendek atau sangat pendek dibandingkan dengan anak seusianya. Indonesia merupakan negara terbesar kedua yang memiliki tingkat prevalensi tertinggi di Asia Tenggara. Untuk itu pemerintah Indonesia sedang mengupayakan berbagai cara untuk menurunkan prevalensi stunting. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh rata-rata pendidikan perempuan, ASI eksklusif, tingkat penyelesaian imunisasi balita, keaktifan posyandu, ketidakcukupan konsumsi pangan dan sanitasi layak terhadap prevalensi stunting. Jenis data ini data sekunder merupakan data panel. Dengan menggunakan regresi data panel dan model regresi berganda (OLS). Hasil ini menunjukkan bahwa rata-rata pendidikan perempuan, ASI eksklusif, keaktifan posyandu, ketidakcukupan konsumsi pangan, dan sanitasi layak berpengaruh negative signifikan terhadap prevalensi stunting di Indonesia. Sedangkan untuk tingkat penyelesaian imunisasi balita tidak berpengaruh secara signifikan terhadap prevalensi stunting di Indonesia tahun 2017-2022.

Kata Kunci : Rata-rata pendidikan perempuan, ASI eksklusif, tingkat penyelesaian imunisasi balita, keaktifan posyandu, ketidakcukupan konsumsi pangan, sanitasi layak, prevalensi stunting

Judul Skripsi : DETERMINAN PREVALENSI BALITA
STUNTING 34 PROVINSI DI INDONESIA
TAHUN 2017-2022

Nama Mahasiswa : Deswira Aulia

Nomor Pokok Mahasiswa : 2011021026

Program Studi : S1 Ekonomi Pembangunan

Fakultas : Ekonomi dan Bisnis

MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing

Pembimbing Utama



Prof. Toto Gunarto, S.E., M.Si.
NIP 19560325198303 1 002

MENGETAHUI

2. Ketua Jurusan Ekonomi Pembangunan

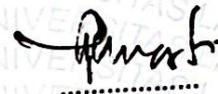


Dr. Arivina Ratih Y.T, S.E., M.M.
NIP. 19800705 200604 2 002

MENGESAHKAN

1. **Tim Penguji**

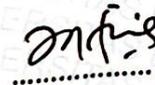
Ketua : Prof. Toto Gunarto, S.E., M.Si.



Penguji I : Dr. Asih Murwiati, S.E., M.E.



Penguji II : Emi Maimunah, S.E., M.Si.



2. **Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis**



Prof. Dr. Nairobi, S.E., M.Si.

NIP.19660621 199003 1 003

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 29 Juli 2024

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Nama : Deswira Aulia
Nomor Induk Mahasiswa : 2011021026
Program Studi : S1 Ekonomi Pembangunan
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis
Judul Skripsi : Determinan Prevalensi Balita Stunting 34 Provinsi di
Indonesia tahun 2017-2022

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan dalam skripsi ini tidak terdapat keseluruhan atau sebagian dari orang lain yang saya ambil dengan cara menyalin atau meniru dalam bentuk rangkaian kalimat atau simbol yang menunjukkan gagasan atau pemikiran dari peneliti lain tanpa pengakuan peneliti aslinya. Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar, maka saya sebagai penulis bertanggung jawab penuh jika terdapat pelanggaran tersebut.

Bandar Lampung, 8 Agustus 2024



Deswira Aulia

RIWAYAT HIDUP



Penulis bernama Deswira Aulia lahir pada tanggal 12 Juli 2002 di Kota Bandar Lampung Provinsi Lampung. Penulis lahir sebagai anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Bapak Deskemzar dan Ibu Dewi Sulastri.

Penulis memulai pendidikannya di TK Aisyiyah 2 Kedaton yang terletak di Kota Bandar Lampung pada tahun 2008. Kemudian penulis melanjutkan Sekolah Dasar di SD N 1

Sidodadi dan tamat pada tahun 2014. Kemudian melanjutkan pendidikan di SMP Negeri 8 Kota Bandar Lampung tamat pada tahun 2017. Lalu melanjutkan pendidikan di SMKN 4 di Kota Bandar Lampung dan tamat pada tahun 2020. Selama masa sekolah di SMK penulis sudah melakukan kegiatan magang selama 6 bulan di salah satu Bank daerah yaitu Bank Lampung pada tahun 2019.

Pada tahun 2020 penulis terdaftar pada salah satu Perguruan Tinggi Negeri Jurusan Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonommi dan Bisnis Universitas Lampung. Selama menjadi mahasiswa penulis aktif mengikuti organisasi kegiatan di dalam kampus maupun di luar kampus. Penulis mengikuti Himpunan Mahasiswa Ekonomi Pembangunan (HIMEPA) sebagai Sekretaris Biro Hubungan Masyarakat 2023 serta mengikuti Economics' English Clubs Universitas Lampung sebagai salah satu board of public relation bureau. Penulis juga aktif mengikuti kegiatan di luar kampus pada tahun 2022 di PT Arah Media Globalindo sebagai staff administrasi. Dan pada tahun 2023 penulis mengikuti kegiatan volunteer yang diselenggarakan oleh Kita Bisa.com sebagai relawan sosial selama 6 bulan. Penulis juga melaksanakan kegiatan Kuliah Kerja Nyata (KKN) di Pekon Padang Rindu Kecamatan Pesisir Utara Kabupaten Pesisir Barat selam 40 hari di tahun 2023.

MOTTO

“Dan lupakan mereka yang membuatmu sakit, Aku akan menemanimu setiap saat”

(Qs. At-Taubah : 40)

“Storms make trees take deeper roots”

(Dolly Parton)

“ We can't choose where we come from, but we can choose where we go from there.”

(Stephen Chbosky)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan penuh rasa syukur kepada Allah SWT,
kupersembahkan karya sederhana ini kepada kedua orang tuaku

Mama dan Papa

Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terimakasih yang tidak terhingga
kupersembahkan karya kecil ini kepada Mama (Dewi Sulastri) dan Papa
(Deskemzar).

SANWACANA

Puji syukur kehadiran Allah SWT Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Determinan Prevalensi Balita Stunting 34 Provinsi di Indonesia Tahun 2017-2022” sebagai syarat memperoleh gelar Sarjana Ekonomi di Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan bimbingan, dukungan, dan bantuan dalam proses penyelesaian skripsi ini. Sebagai wujud rasa hormat dan penghargaan, dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Nairobi, S.E., M.Si. selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung
2. Ibu Dr. Arvina Ratih Yulihar, S.E., M.M. selaku Ketua Jurusan Ekonomi Pembangunan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung
3. Bapak Prof. Dr. Toto Gunarto, S.E., M.Si. selaku Dosen Pembimbing Skripsi yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dengan penuh kesabaran, memberikan saran, dan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Ibu Dr. Asih Murwiati, S.E., M.E. selaku Dosen Penguji I yang telah menyediakan waktu dan pikirannya untuk memberikan masukan, nasihat, dan saran yang membangun dalam proses penyelesaian skripsi ini.
5. Ibu Emi Maimunah, S.E., M.Si. selaku Dosen Penguji II yang telah menyediakan waktu dan pikirannya untuk memberikan masukan, nasihat, dan saran yang membangun dalam proses penyelesaian skripsi ini.
6. Ibu Dr. Neli Aida, S.E., M.Si. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, nasihat, dan

bantuannya selama proses pendidikan penulis di Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.

7. Ibu Vitriyani Tri Purwaningsih, S.Si., M.Sc. yang telah memotivasi penulis untuk mengikuti berbagai kegiatan lomba karya tulis ilmiah. Terimakasih atas ilmu, dan motivasi yang telah diberikan.
8. Seluruh dosen Fakultas Ekonomi dan Bisnis yang telah memberikan ilmu dan pelajaran yang bermanfaat selama perkuliahan.
9. Seluruh Karyawan/Staf Fakultas Ekonomi dan Bisnis yang telah membantu penulis menjadi mahasiswa di Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.
10. Terkhusus untuk Mama Dewi Sulastri dan Papa Deskemzar yang selalu memberikan dukungan, motivasi, dan doa tiada henti kepada penulis, serta menjadi pendorong semangat agar penulis terus berusaha keras mewujudkan cita-cita dan harapan sehingga dapat membanggakan bagi mereka.
11. Teristimewa pula untuk adikku satu-satunya Ramzi Zain yang telah memberikan semangat dan doa yang tulus kepada penulis.
12. Kepada keluarga besarku yang tidak dapat disebutkan satu per satu, terima kasih telah memberikan doa, dorongan semangat, dan nasihat-nasihatnya untuk kelancaran proses skripsi ini.
13. Sahabat-sahabat seperjuanganku, support system sedari masa putih biru, Febi Ayu Adhiningsih dan Aurellia Dwi Nirwana Lubis, terima kasih atas kebersamaannya serta tanpa kenal lelah untuk saling menyemangati, membantu dan menghibur selama ini.
14. Sahabat-sahabatku sedari masa SMK, Muhammad Nouval, Virgi Akbar Yusuf, dan teman-teman akuntasicatu lainnya yang tidak mampu penulis sebutkan satu per satu. Terima kasih atas dukungan dan motivasi serta canda tawa yang selalu diberikan kepada penulis.
15. Sahabat Seperjuangan, Geng Perencanaan X Geng Publik, Silva Triananda, Adisa Regita Cahyani, Revina Sefira, Mauludi Fithri Nabila, Dhiya Laili Izdihar, Ulfa Sekar Dini, Nadiya Hasna Adhyanka, Aqila Diva Fajrina, Laura Saskia Dwipa, Rezi Puspita Chaniago, Ias Dinar. Terima kasih karena selalu

membersamai selama perkuliahan dan juga dalam proses penulisan karya tulis ini, terima kasih karena selalu memberikan saran, semangat dan juga bantuannya selama ini.

16. Teman-teman Ngopi Cordy, Nanda Livia, Putri Yudini, Uncu Nisa terima kasih telah memberikan hiburan yang membuat penulis dapat merasakan semangat yang diberikan ketika mengalami masa-masa sulit.
17. Rekan-rekan Jurusan Ekonomi Pembangunan angkatan 2020 yang tidak mampu saya sebutkan satu per satu, terima kasih atas dukungan dan kebersamaannya.
18. Teman-teman KKN Padang Rindu Kecamatan Pesisir Utara Kabupaten Pesisir Barat Fara Lutfi, Risdiana, Ahmad Mujahid, Vanno, Amira Nabila, Chyntia, Bang Charli, Imam, terimakasih atas 40 hari yang penuh kenangan, canda tawa serta kebahagiaannya.
19. Semua pihak yang turut membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu. Terima kasih atas doa, dukungan, dan semangatnya.
20. *Lastly, I want to thank myself, Deswira Aulia, for being strong and being able to go through it all. Look, you did it right! Thanks for always getting back up when it feels so hard to do so. If the future you find a hard times and everyone is gone, don't be afraid, keep spirit and remember you have Allah and yourself. Once again thank you and I love you for all that you are and all you are yet to be.*

Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat dan berguna bagi kita semua. Aamiin Ya Rabbal'aalamin

Bandar Lampung, 8 Agustus 2024
Penulis



Deswira Aulia

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR LAMPIRAN	v
I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	15
1.3 Tujuan Penelitian.....	15
1.4 Manfaat Penelitian.....	16
II. TINJAUAN PUSTAKA	17
2.1 Landasan Teori	17
2.2 Hubungan Antar Variabel	31
2.3 Tinjauan Empiris	35
2.4 Kerangka Berpikir	40
2.5 Hipotesis.....	41
III. METODE PENELITIAN	42
3.1 Jenis, Sumber Data dan Variabel Penelitian	42
3.2 Definisi Operasional Variabel	43
3.3 Batasan Penelitian	44
3.4 Metode Analisis Data	44
3.5 Uji Asumsi Klasik	48
3.6 Uji Statistik.....	49
IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	52

4.1 Statistik Deskriptif.....	52
4.2 Uji Signifikansi Model	55
4.3 Pengujian Asumsi Klasik	56
4.4 Hasil Estimasi Ordinary Least Square (OLS) Data Panel dengan Fixed Effect Model.....	59
4.5 Pengujian Hipotesis	63
4.6 Uji F (Uji Signifikansi Simultan)	64
4.7 Hasil Koefisien Determinansi (R^2).....	65
4.8 Hasil dan Pembahasan.....	66
V. SIMPULAN DAN SARAN	75
5.1 Simpulan.....	75
5.2 Saran	76

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Prevalensi stunting di 34 provinsi di Indonesia	4
2.1 Tingkatan Ambang Batas Status Gizi Balita berdasarkan TB/U atau PB/U...	23
3.1 Daftar Variabel.....	42
4.1 Statistik Deskriptif	52
4.2 Hasil Uji Chow.....	55
4.3 Hasil Uji Hausman	55
4.4 Hasil Uji Multikolinieritas	57
4.5 Hasil Uji Heteroskedastisitas	57
4.6 Keputusan Uji Autokorelasi.....	58
4.8 Nilai Individual Effect Intersep di Indonesia	61
4.9 Hasil Uji t-statistik	63
4.10 Hasil Uji F.....	65

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1.1 Prevalensi stunting pada anak < usia 5 tahun di negara Asia Tenggara.....	3
1.2 Rata-rata lama sekolah perempuan di 34 provinsi di Indonesia	8
1.3 Persentase bayi < 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif di Indonesia.....	9
1.4 Persentase mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi di Indonesia...	10
1.5 Persentase yang mencapai 80 % posyandu aktif di Indonesia	11
1.6 Prevalensi ketidakcukupan konsumsi pangan di Indonesia	12
1.7 Persentase rumah tangga yang memiliki sanitasi layak di Indonesia	13
2.5 Kerangka Pemikiran.....	41
3.4 Alur Pemilihan model Data Panel.....	47
4.1 Hasil Uji Normalitas	56
4.2 Uji Durbin Watson	58

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan ekonomi banyak melibatkan sejumlah perubahan dalam wujud sosial, tindakan masyarakat sekaligus institusi pemerintahan untuk melakukan akselerasi pertumbuhan ekonomi dan berkurangnya kesenjangan, serta pengetasan kemiskinan (Todaro, 2011). Menurut Amalia (2007) pembangunan ekonomi memiliki tujuan utama yaitu untuk menciptakan setinggi-tingginya pertumbuhan GNP (*Gross National Product*), hal tersebut harus diikuti dengan penghapusan ketimpangan pada pendapatan dan kemiskinan, meningkatnya kesempatan kerja, serta peningkatan pendidikan dan standar kesehatan yang lebih baik, peningkatan kondisi pada lingkungan hidup dan keseimbangan kebebasan antar individu.

Kesehatan mempunyai peranan penting dalam proses perubahan pembangunan untuk meningkatkan mutu serta daya saing sumber daya manusia. Menurut Elfindri (2003) dalam Widari dkk (2021) dalam lingkup mikro ekonomi, kesehatan manusia merupakan modal terpenting untuk produktivitas kerja dikarenakan manusia yang memiliki tubuh sehat cenderung akan memiliki produktif yang lebih baik. Sedangkan dalam lingkup makro ekonomi, Seseorang dengan yang sehat adalah kunci untuk pengurangan kemiskinan, peningkatan pertumbuhan ekonomi pada masa jangka panjang di suatu negara.

Berakhirnya periode Millenium Development Goals (MDGs) menyisihkan perdebatan terkait indikator pembangunan tingkat makro yang gagal menjelaskan kesenjangan antar rumah tangga. Beberapa Kumpulan data tidak berfokus pada informasi spesifik anak yang mengenai lokasi gender dan indikator non-moneter

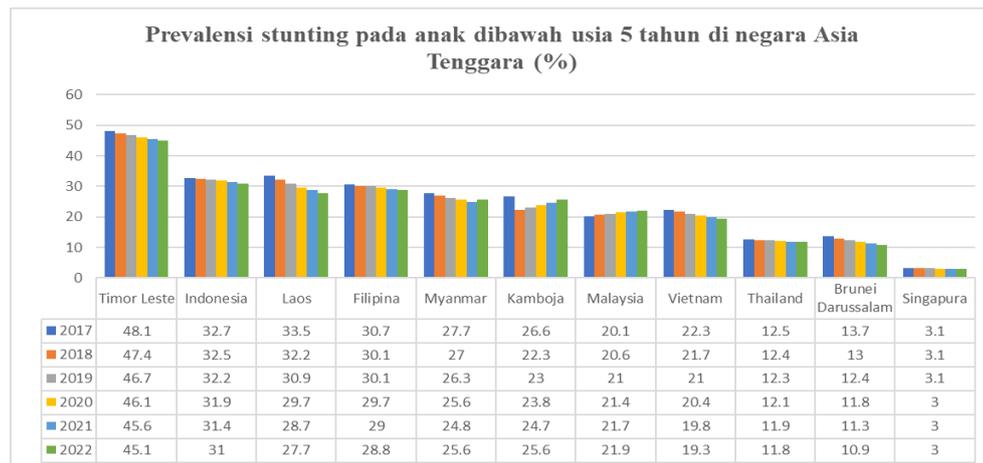
yang signifikan dengan kualitas hidup anak. Di Sebagian negara berkembang, statistik nasional yang mengenai pencapaian kognitif dan perkembangan sosial-emosional anak masih kurang (Grantham-Mcgregor dkk., 2007).

Menyusul pergantian MDGs, Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk mencapai keberhasilan melalui implementasi SDGs. Sustainable Development Goals (SDGs) periode 2015 hingga 2030 telah menjadi standar pembangunan global. Peta Jalan SDGs Indonesia dikembangkan melalui proses partisipasi dan diskusi dari stakeholders. Situasi upaya Indonesia dalam mengimplementasikan SDGs saat ini tidak lepas dari kondisi demografis saat ini (Murwiati, 2021).

Salah satu program dari SDGs (*Sustainable Development Goals*) yang ingin dicapai ialah permasalahan malnutrisi yang terdapat di kedua dari tujuan tersebut yaitu untuk “Mengatasi kelaparan dan kemiskinan untuk mencapai ketahanan pangan dan peningkatan akan gizi, pertanian yang *sustainable*”. Menurut Kemenkes (2019) sasaran dari kedua tujuan tersebut yaitu untuk mengakhiri semua dari bentuk kekurangan gizi, hal ini termasuk untuk memenuhi tujuan global di tahun 2025 dalam mengurangi tingkat *stunting* dan *wasting* bagi balita serta dapat memenuhi kebutuhan gizi untuk remaja putri, ibu hamil yang sedang menyusui, pun juga manula.

Stunting merupakan kondisi yang mengacu pada tinggi badan anak yang pendek atau kurang jika dibanding anak-anak pada usia yang sama, hal tersebut disebut dengan istilah kondisi gagal pada pertumbuhannya yang berasal dari kurangnya asupan gizi di 1000 hari pertama dari kehidupan bayi/janin, hal tersebut berindikasi akan menyebabkan kematian janin. Menurut Kemenkes RI (2016) berpendapat stunting ialah panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) yang berdasarkan umur mereka, tinggi badan balita tersebut kurang dibawah minus 2 standar deviasi berdasarkan kurva yang dikeluarkan oleh WHO (WHO,2014). Sedangkan prevalensi stunting merupakan jumlah keseluruhan permasalahan stunting yang terjadi pada waktu atau periode tertentu di suatu daerah.

Untuk target terkait kasus stunting 2024 hanya sebesar 14% berdasarkan ketetapan RPJMN 2020 – 2024 artinya harus diusahakan untuk turun sebesar 2,7% per tahunnya. Hal tersebut tertuai di Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020. Oleh karena itu, pemerintah Indonesia telah mengembangkan kebijakan untuk tujuan utama, intervensi, dan area prioritas sebagai bagian dari Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting (Sekretariat WaPres & Kemenko PMK, 2019).



Sumber : *Asian Development Bank (2017-2022)*

Gambar 1.1 Prevalensi stunting anak dibawah usia 5 tahun di Asia Tenggara (%)

Berdasarkan Gambar 1.1 dari data *Asian Development Bank*, Indonesia negara yang mempunyai tingkat prevalensi stunting tertinggi kedua pada wilayah Asia Tenggara. Selama 6 tahun dari tahun 2017-2022 memiliki rata-rata prevalensi stunting Indonesia mencapai 31,8%. Dan saat ini target dari WHO (*World Health Organization*) tidak melebihi 20%. Dalam artian permasalahan stunting Indonesia secara nasional tergolong kroni. Studi yang dilakukan McDonald CM (2013) menemukan di negara Asia lalu Afrika, juga Amerika Latin mendapatkan dimana anak terkena stunting atau kurangnya berat badan akan 3x lebih berpotensi untuk berindikasi tingkat akan kematiannya lebih besar daripada anak dengan gizi memadai. Hal tersebut seharusnya membuat pemerintah Indonesia harus memprioritaskan terhadap pengurangan angka stunting mengingat tingginya prevalensi stunting di Indonesia.

Tabel 1.1 Prevalensi stunting di 34 provinsi di Indonesia (%)

Provinsi	Tahun					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aceh	35.7	37.1	34.18	33.1	33.2	31.2
Sumatera Utara	28.5	32.4	30.11	28.7	25.8	21.1
Sumatera Barat	30.6	29.9	27.47	26.71	23.3	25.2
Riau	29.7	27.4	23.95	22.43	22.3	17
Jambi	25.2	30.2	21.03	19.59	22.4	18
Sumatera Selatan	22.8	28	28.98	28.68	24.8	18.6
Bengkulu	29.4	27.3	26.86	25.43	22.1	19.8
Lampung	31.6	27.3	26.26	24.4	18.5	15.2
Kep.Bangka Belitung	27.3	23.4	19.93	20.94	18.6	18.5
Kep.Riau	21	23.6	16.82	13.72	17.6	15.4
DKI Jakarta	22.7	17.6	19.96	19.74	16.8	14.8
Jawa Barat	29.2	31.1	26.21	25.55	24.5	20.2
Jawa Tengah	28.5	31.3	27.68	26.9	20.9	20.8
DI Yogyakarta	19.8	21.4	21.04	19.88	17.3	16.4
Jawa timur	26.7	32.8	26.86	25.64	23.5	19.2
Banten	29.6	26.6	24.11	21.84	24.5	20
Bali	19.1	21.9	14.42	13.68	10.9	8
Nusa Tenggara Barat	37.2	33.5	37.85	38.15	30.2	32.7
Nusa Tenggara Timur	40.3	42.7	43.82	42.99	38.8	35.3
Kalimantan Barat	36.5	33.3	31.46	30.9	29.8	27.8
Kalimantan Tengah	39	34	32.3	30.48	27.4	26.9
Kalimantan Selatan	34.2	33.1	31.75	30.93	30	24.6
Kalimantan Timur	30.6	29.2	28.09	27.49	22.8	23.9
Kalimantan Utara	33.4	26.9	26.25	25.76	27.5	22.1
Sulawesi Utara	31.4	25.5	30.59	29.28	21.6	20.5
Sulawesi Tengah	36.1	32.3	31.26	29.66	29.7	28.2
Sulawesi Selatan	34.8	35.7	21.18	19.73	27.4	27.2
Sulawesi Tenggara	36.4	28.7	31.44	29.76	30.2	27.7
Sulawesi Barat	40	32.5	40.38	40.44	33.8	35
Gorontalo	31.7	41.6	34.89	32.72	29	23.8
Maluku	30	34	30.38	27.94	28.7	26.1
Maluku Utara	25	30.4	29.07	27.23	27.5	26.1
Papua Barat	33.3	27.8	29.36	28.05	26.2	30
Papua	32.8	33.1	24.58	23.42	29.5	34.6

Sumber : Kementerian Kesehatan (2017 – 2022)

Berdasarkan temuan Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Nasional, per 6 tahun dari tahun 2017- 2022 dengan mengumpulkan data di 34 provinsi Indonesia yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang mempunyai prevalensi stunting

tertinggi terletak pada provinsi Nusa Tenggara Timur yang memiliki rata-rata prevalensi stunting selama 6 tahun mencapai 40,5%. Sedangkan untuk tingkat rata-rata prevalensi stunting terendah terletak pada provinsi Bali sebesar 13,7% selama tahun 2017-2022. Faktor penyebab NTT mempunyai tertinggi angka prevalensi stunting dikarenakan faktor lingkungan masih terdapat jamban dan air minum yang tidak layak, persentase penduduk miskin yang cenderung tinggi di provinsi NTT (Fadhilatun, 2023).

Adanya angka stunting yang tinggi menyebabkan dampak malnutrisi yang kronis dan penyakit berulang. Malnutrisi dan paparan virus dapat mengganggu *growth faltering* secara serius untuk balita. Rendahnya ekonomi suatu keluarga akan memfaktori penurunan daya belinya untuk memberikan kualitas yang baik terkait pangan mereka. Pertumbuhan dua tahun pertama pada anak sangat terkait dengan perkembangan keterbelakangan kognitif di masa anak nantinya. Penelitian lain mengungkapkan bahwa anak yang mengalami stunting di usia (9-24 bulan) selain memiliki tingkat kognitif yang kurang, tetapi juga memiliki keterampilan motorik yang rendah serta koordinasi tangan, mata, kemampuan mendengar, berbicara dan kemampuan lain yang tidak dimiliki anak normal (Brinkman dkk., 2010; Romer, 1990; Ulfani dkk., 2011). Dampak tersebut lah yang menyebabkan menurunkan kualitas SDM. Kualitas SDM yang baik mempunyai peranan penting guna perwujudan keberhasilan pembangunan ekonomi, karena dapat membuat produktivitas kian meningkat (Chairunnisa & Gunarto, 2023).

Terdapat studi meta-analisa dari 45 studio longitudinal yang berada di Amerika Serikat dimana hasil studi tersebut mendapatkan hasil ada korelasi kuat antara tinggi badan dan kesuksesan karir serta gaji di tempat kerja. Judge dan Cable (2004) mengatakan apabila seseorang yang memiliki tinggi badan setinggi 1,82 m memungkinkan orang tersebut untuk memperoleh gaji sebanyak \$166.000 lebih banyak selama 30 tahun kariernya dibandingkan orang yang tingginya hanya 1,55 m. Maka hal tersebut menandakan bahwa terciptanya produktivitas kerja, pendapatan dan pekerjaan seseorang dapat dipengaruhi oleh tinggi badan.

Terdapatnya permasalahan stunting pada balita di suatu negara dapat mengindikasikan kurangnya kualitas SDM untuk masa depan. Oleh karena itu dibutuhkan perhatian khusus dalam upaya pencegahan penanggulangannya. Gangguan yang berasal dari stunting dapat berdampak buruk dalam jangka panjang terhadap perekonomian Indonesia karena rendahnya kemampuan kognitif, dan tingkat morbiditas yang lebih tinggi serta akan menyebabkan rendahnya produktivitas seseorang. Rendahnya status gizi ada dampak negatif di jangka pendek dan juga jangka panjang. Dari segi jangka pendek, dampak negatifnya di dapat adalah dari malnutrisi dimana proses perkembangan otak terhambat lalu pertumbuhan fisiknya pun ikut terganggu, serta *metabolisme* tubuh yang tak berjalan baik. Di samping itu untuk dampak jangka panjang ialah dimana menyebabkan melemahnya ketahanan tubuh oleh karena itu akan berindikasi untuk rentan sakit dan beresiko lebih tinggi untuk terkena penyakit seperti obesitas, jantung, diabetes serta disabilitas di masa tua. (Trihono dkk., 2015, Maria dkk., 2020, Sutriyawan dkk., 2020).

Hasil studi Bank Dunia mendapatkan bahwa setiap kenaikan 1% permasalahan tinggi badan maka akan mengurangi produktivitas ekonomi sebesar 1,4%. Berdasarkan hasil data dari IFLS (2018) 13 provinsi di Indonesia mendapatkan bahwa (48,6%) yaitu setengah dari anak umur 7-8 tahun mempunyai tingkat rendahnya kognitif . Sedangkan untuk bayi yang berumur 0-6 bulan memiliki kondisi tubuh pendek lalu stagnan pendek hingga anak tersebut berumur 7-8 tahunan akan mempunyai resiko 2.8 kali untuk mempunyai kognitif rendah lebih rendah daripada anak yang normal. Kasus stunting akan berdampak pada penurunan pertumbuhan ekonomi, kemiskinan kian meningkat dan disparitas yang mempunyai dampak jangka panjang terhadap individu, keluarga, serta pemerintah (Ananda, 2020., Fatmawati dkk., 2020 .World Bank, 2006).

Berdasarkan hasil penelitian dari Ramadhani (2020) stunting bisa disebabkan oleh aspek seperti asupan gizi, lingkungan dan pola asuh. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa *mikotoksin* atau bahan kimia yang beracun di makanan karena sanitasi yang kurang baik, lantai rumah yang kotor, kualitas bahan memasak yang

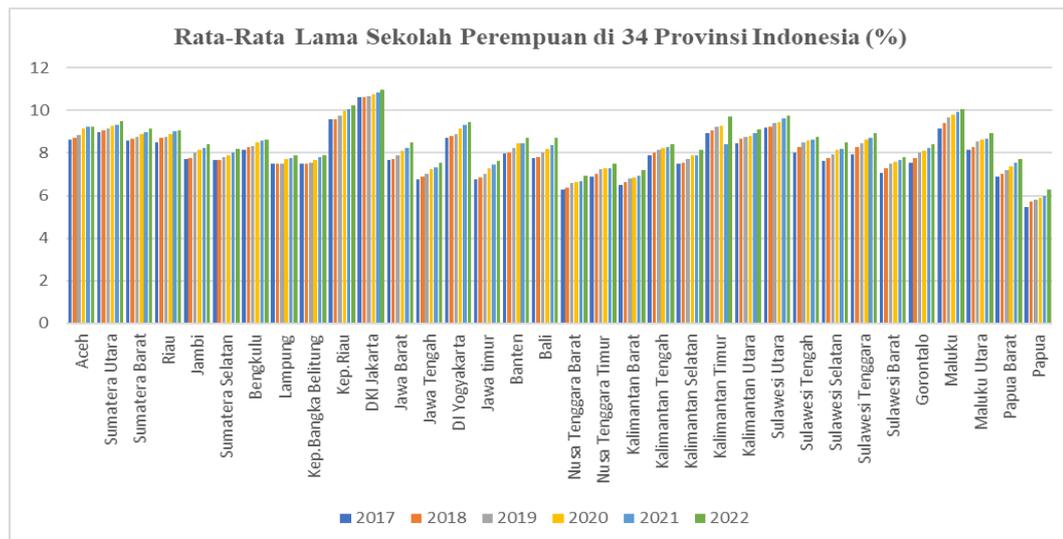
buruk, dan pengelolaan sampah yang kurang memadai merupakan aspek penyebab stunting. Menurut kerangka konseptual WHO stunting dapat ditimbulkan oleh antaranhungan berbagai faktor antara lain faktor sosial ekonomi, pola asuh orang tua, kondisi rumah tangga dan lingkungan, serta faktor budaya.

Faktor keluarga menjadi penyebab utama terjadinya stunting. Terdapat faktor-faktor yang berkaitan beserta ketahanan pangan karena mencakup faktor terutama untuk pangan yang bergizi dan memiliki nutrisi yang baik untuk bayi dan balita, kemudian sosial yang berhubungan dengan strategi memberikan makanan untuk balita, Selanjutnya fasilitas kesehatan untuk preventif dan penyembuhan bagi kesehatan lingkungan yang mencakup ketersediaan bersihnya air juga memadainya sanitasi. Dengan menanggulangi keempat faktor tersebut diharapkan pandai mengenai akan pemberian gizi yang baik (Stewart dkk., 2013) .

Dalam upaya mengurangi resiko stunting, pemerintah fokus terhadap penyebab langsung dan penyebab tak langsung. Untuk penyebab langsung seperti permasalahan gizi pada anak, dan penyebab tidak langsung yang mencakup ketimpangan ekonomi dan pendapatan, globalisasi, perdagangan, sistem pangan, urbanisasi, jaminan sosial, sistem kesehatan dan pertanian serta pengembangan bagi wanita (Bappenas, 2018). Sedangkan menurut Riset Kesehatan Dasar (2013) saat ini pemerintah melakukan dua hal untuk pencegahan dan pengurangan stunting tersebut. Langkah pertama ialah intervensi langsung, yakni intervensi gizi khusus di bidang kesehatan. Langkah kedua ialah keterlibatan tak langsung yakni semacam kondisi sosial ekonomi, sanitasi, ketahanan pangan dan terkhususnya pendidikan dan kemiskinan pada suatu keluarga (Kemenkes RI, 2013).

Orang tua yang awam akan pengetahuan perihal pemberian gizi maupun kesehatan ialah masalah yang dihadapi suatu keluarga. Pendidikan orang tua khususnya perempuan dan ibu akan mempengaruhi kemampuan pemahaman terhadap gizi dan kesehatan yang akan diberikan kepada anak mereka (Swarinasti, 2018). Secara tak sadar, tingginya pendidikan ibu berpengaruh pada pengetahuan juga kapabilitas

ibu terkait kesehatan juga pelayanannya terutama pemahaman asupan akan gizi ibu awal hamil, saat hamil, dan sehabis melahirkan. Pendidikan bagi perempuan merupakan hal yang penting karena perempuan yang mempunyai pendidikan lebih tinggi kemungkinan berpeluang untuk melahirkan anak-anak yang genius, menurunkan kemiskinan, serta memberikan yang terbaik untuk keluarganya, khususnya dengan mencegah kelahiran anak stunting (Harda, 2023).



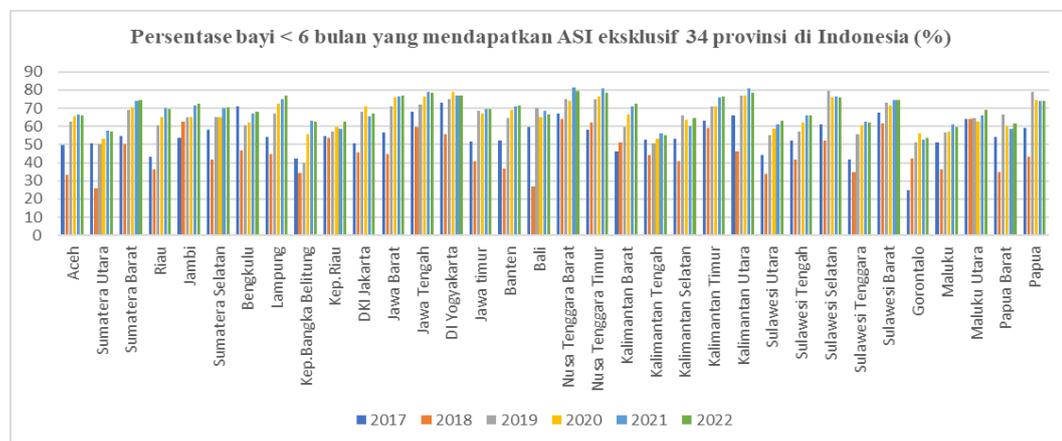
Sumber : *Badan Pusat Statistik* (2017-2022)

Gambar 1.2 Rata-rata lama sekolah perempuan di 34 provinsi di Indonesia (%)

Berdasarkan Gambar 1.2 dari badan pusat statistik tahun 2017-2022 untuk rerata lamanya sekolah perempuan yang mempunyai rata-rata tertinggi di 34 provinsi Indonesia adalah provinsi DKI Jakarta sebesar 10,74% selama 6 tahun terakhir. Sedangkan untuk daerah yang masih rendah untuk rerata lama bersekolah perempuan ada di provinsi Papua yang hanya 5,85% pada rata-rata tahun 2017-2022. Penyebab tingkat pendidikan masyarakat yang rendah, karena banyak masyarakat yang berpendapat bahwa perempuan tidak seharusnya mengenyam pendidikan yang tinggi. Alasan lain yang menghambat pada anak perempuan tidak melanjutkan pendidikan ialah faktor kurangnya perekonomian di keluarga. Kurangnya tingkat pendidikan orang tua terkhususnya ibu berimplikasi pada praktik pengasuhan anak, khususnya yang berkaitan dengan pilihan makanan yang dapat meningkatkan gizi pada anak balita (Firtiana, 2021). Sembadkk (2008) dalam penelitiannya yang mempelajari efek pendidikan formal orang tua terhadap

kejadian *stunting* di Indonesia dan Bangladesh berpendapat bahwa ditemukan korelasi yang kuat di antara dua variabel tersebut.

Pemberian ASI eksklusif menjadi aspek yang mempengaruhi prevalensi balita *stunting* karena ASI merupakan sumber protein dan makan paling baik bagi bayi. ASI ada kandungan bermanfaat bagi tumbuh kembang bayi, karena mengandung zat untuk melindungi imunitas tubuh dan sistem pencernaan. Oleh karna itu berdasarkan penelitian dari Indrawati (2016) pemberian eksklusifnya ASI sangat berkaitan dengan kasus *stunting* pada anak. Pemberian ASI eksklusif ialah program intervensi gizi spesifik yang efektif dan hemat biaya (Hadi dkk., 2021).



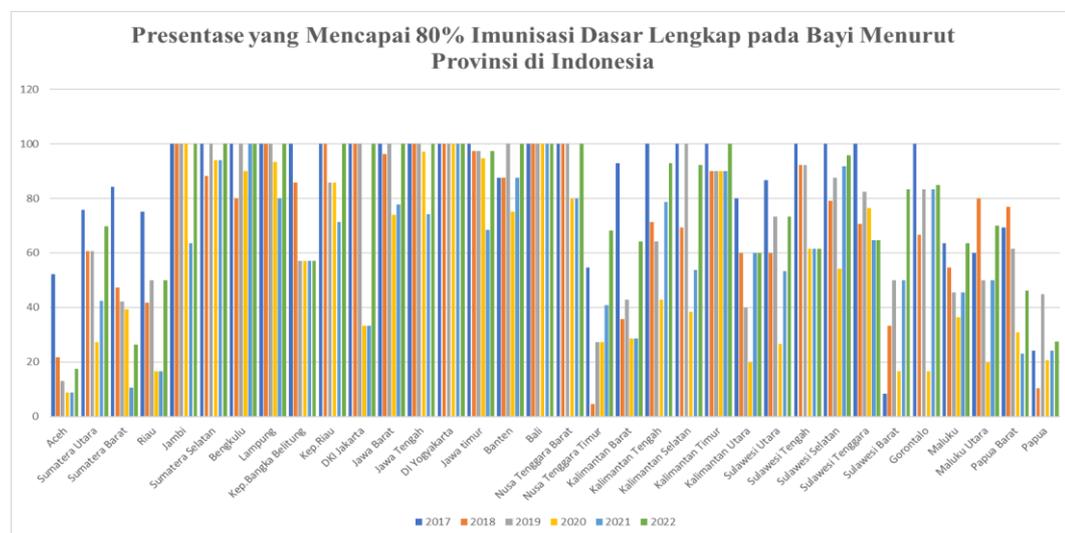
Sumber : Badan Pusat Statistik (2017-2022)

Gambar 1.3 Persentase bayi dibawah 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif di 34 provinsi di Indonesia (%)

Berdasarkan Gambar 1.3 dari BPS tahun 2017-2022 terkait persentase bayi yang mendapatkan ASI eksklusif yang memiliki rata-rata tertinggi selama 6 tahun terdapat di provinsi Nusa Tenggara Barat sebesar 73%. Sedangkan untuk daerah yang masih minim untuk tingkat pemberian ASI eksklusif terdapat di provinsi Gorontalo yang hanya mencapai angka 46% pada rata-rata tahun 2017-2022. Berdasarkan hasil tersebut pemberian ASI eksklusif di Indonesia belum mencapai taraf yang di harapkan. Pencapaian tersebut ada dibawahnya target ditetapkan pemerintah yakni 80% untuk harapan jangakaun ASI eksklusif (Kemenkes, 2018). Hal tersebut diakibatkan oleh rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya pemberian ASI eksklusif, termasuk pemberian makanan tambahan bagi bayi usia 6 bulan dan kurangnya gizi pada ibu menyusui yang membantu menurunnya produksi

ASI. Menurut Marquis dkk (1997) menyatakan bahwa ditemukan ikatan antara pemberian ASI terhadap stunting.

Imunisasi bayi merupakan salah satu penyebab stunting dikarenakan Imunisasi berpotensi mendorong produksi antibodi terhadap *pathogen* menular atau memberikan perlindungan sementara melalui suntikan antibodi. Hal tersebut saat anak sakit, terjadi perubahan cara mengonsumsi makanannya, antara lain, muntah-muntah dan kehilangan minat serta peningkatan kebutuhan nutrisi. Kurangnya nutrisi yang tepat dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak sehingga beresiko anak tersebut stunting (Yusie, 2009).



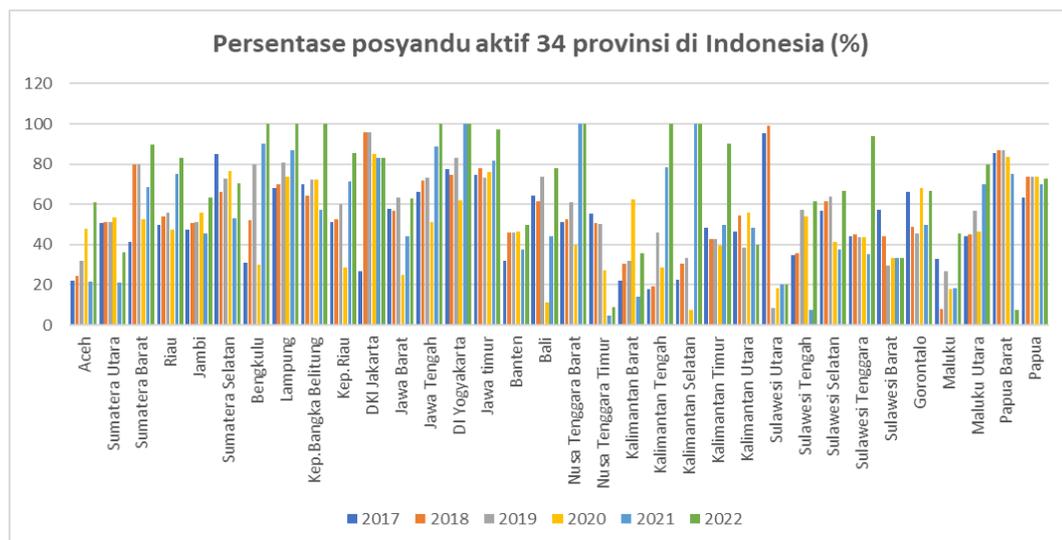
Sumber : *Kementerian Kesehatan* (2017-2022)

Gambar 1.4 Persentase yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi Di 34 provinsi di Indonesia (%)

Berdasarkan Gambar 1.4 dari Kemenkes tahun 2017-2022 persentase yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi dimana memiliki rata-rata tertinggi selama 6 tahun ialah provinsi DI Yogyakarta dan Bali sebesar 100%. Dan untuk daerah yang masih minim persentase imunisasi dasar lengkap pada bayi terdapat di provinsi Aceh hanya mencapai 20% dengan rentan tahun dari 2017-2022. Kurangnya pemberian imunisasi dasar berindikasi anak tersebut mempunyai status kesehatan yang rendah sehingga anak akan beresiko terhadap perlambatan pada pertumbuhan dan perkembangannya (Indrianti, 2018). Berdasarkan penelitian dari Fajariyah (2020) status imunisasi memiliki hubungan terhadap stunting di 13

provinsi di Indonesia tahun 2014-2015 hasil tersebut memberikan petunjuk dimana anak yang tak diimunisasi lengkap risikonya lebih besar untuk terkena stunting yang dibandingkan anak dengan status imunisasi lengkap.

Tingkat keaktifan posyandu menjadi faktor yang mempengaruhi prevalensi balita stunting karena pengamatan anak usia dini terhadap pertumbuhan dan perkembangan sangat penting untuk mengidentifikasi gangguan tersebut (*growth faltering*) (Hadi, 2022). Untuk memantau perkembangan bayi, sebaiknya dilakukan penimbangan berat badan setiap bulan hingga usia 5 tahun, penimbangan bayi dapat dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti posyandu, polindes atau puskesmas. Salah satu kegiatan utama Posyandu adalah pengukuran, yang juga merupakan salah satu dari beberapa program perbaikan gizi di wilayah tersebut (Theresia, 2020).



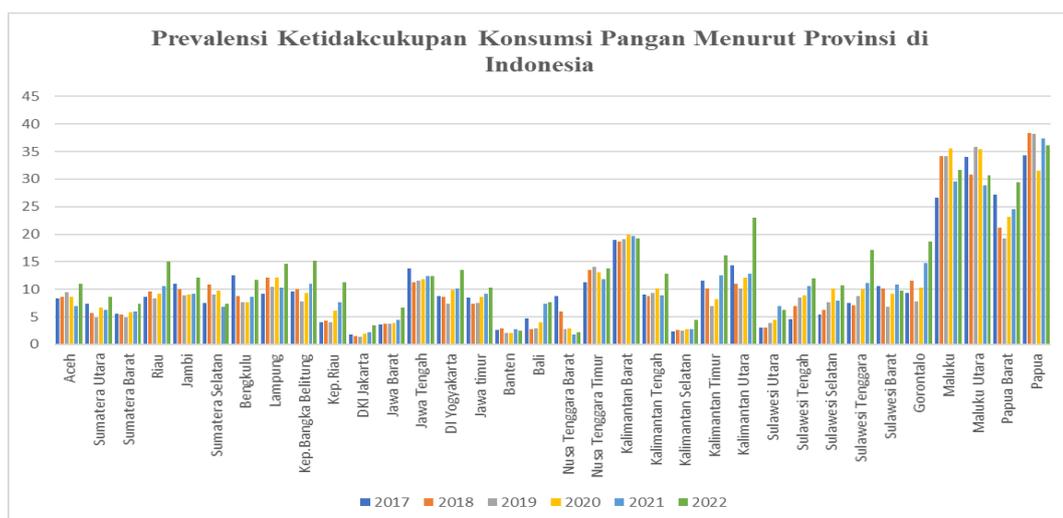
Sumber : *Kementerian Kesehatan (2017-2022)*

Gambar 1.5 Persentase posyandu aktif 34 provinsi di Indonesia (%)

Berdasarkan Gambar 1.5 dari kementerian kesehatan tahun 2017-2022 persentase posyandu aktif di Indonesia yang memiliki rata-rata tertinggi selama 6 tahun terakhir ialah provinsi DI Yogyakarta sebesar 82,86%. Sedangkan untuk daerah yang masih minim tingkat posyandu aktif terdapat di provinsi Maluku hanya mencapai 24,85% di tahun 2017-2022. Penyelenggaraan posyandu yang maksimal sesuai dengan ketentuan petunjuk dapat meminimalkan angka stunting. Untuk

mencegah stunting pada balita, posyandu menggunakan kurva KMS sebagai alat pemantauan untuk melacak pertumbuhan dan perkembangan balita. Dengan kurva KMS dapat mendeteksi perkembangan bayi secara cepat (BKKBN, 2021). Berdasarkan penelitian Hariyanto (2023) menunjukkan posyandu aktif memiliki hubungan terhadap stunting di desa Randegan kabupaten Banyumas.

Stunting tidak terlepas dari ketahanan pangan di satu wilayah. Ketahanan pangan yang baik mencerminkan ketersediaan pangan yang merata dan dapat dijangkau dengan mudah oleh penduduk. Akses terhadap makanan yang baik akan terpenuhinya gizi seseorang sehingga meminimalisir terjadinya *stunting*. Sebaliknya, ketidakcukupan pangan adalah kondisi tidak tercukupinya kebutuhan pangan, baik berakibat untuk ketersediaan pangan yang tidak memadai, akses yang susah, maupun pendapatan yang kurang. Untuk memenuhi kebutuhan pangan terdapat jumlah minimal kalori dan protein yang harus tercukupi (Faiqoh, 2018).



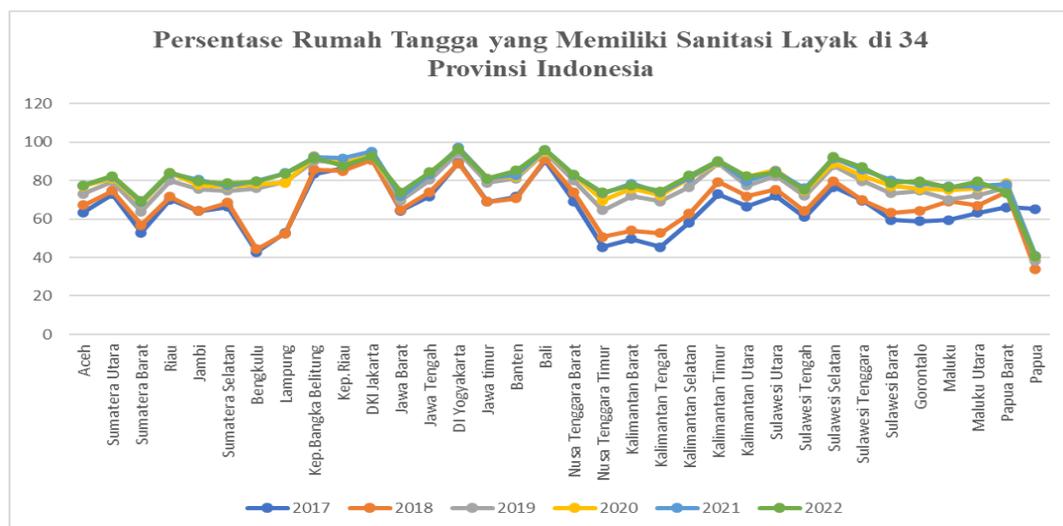
Sumber : *Badan Pusat Statistik (2017-2022)*

Gambar 1.6 Prevalensi ketidakcukupan konsumsi pangan di Indonesia (%)

Berdasarkan Gambar 1.6 dari BPS tahun 2017-2022 prevalensi ketidakcukupan konsumsi pangan di Indonesia dimana rata-ratanya tertinggi selama 6 tahun terakhir ialah provinsi Papua sebesar 86%. Sedangkan untuk daerah yang rendah prevalensi ketidakcukupan konsumsi pangan Indonesia ada di DKI Jakarta hanya mencapai 2% di tahun 2017-2022. Konsumsi pangan yang cukup, penting untuk memenuhi kecukupan gizi rumah tangga berpengaruh terhadap kejadian stunting. Pada

penelitian Permatasari (2021) mengemukakan bahwa ibu yang pola pemberian makanannya tidak memadai memiliki kemungkinan enam kali lebih besar mendapati insiden stunting dibandingkan ibu yang pola asuh mencakup asupan gizi yang baik.

Lingkungan kotor contohnya sanitasi yang tak memadai pun berkontribusi terhadap terjadinya stunting akibat aktivitas tidak sehat dikarenakan kurangnya pengetahuan kesehatan (Prisca, 2017). Pada penelitian Hasanah (2014) menyatakan bahwa kualitas air dan sanitasi yang kurang memadai bisa mendatangkan penyakit-penyakit khususnya infeksi akut yang menghambat pertumbuhan anak. Dan studi Sasmita (2021) yang dilakukan 137 negara berkembang mengungkapkan bahwa risiko terkait lingkungan seperti sanitasi dan buruknya kualitas air diidentifikasi sebagai kontributor paling signifikan terhadap stunting di negara-negara berkembang.



Sumber : *Badan Pusat Statistik* (2017-2022)

Gambar 1.7 Persentase rumah tangga yang memiliki sanitasi layak di 34 provinsi di Indonesia (%)

Berdasarkan Gambar 1.7 dari BPS 2017-2022 persentase rumah tangga dengan sanitasi layak di Indonesia yang memiliki rata-rata tertinggi selama 6 tahun terakhir ialah provinsi DI Yogyakarta sebesar 93,8%. Sedangkan untuk daerah yang rendah sanitasi layak di Indonesia terdapat di provinsi Papua hanya mencapai 43,13% di tahun 2017-2022. Kurangnya fasilitas sanitasi di Indonesia saat ini, dapat menjadi

faktor utama pada kematian bayi yang memberikan kontribusi lebih dari 80% penyakit bayi termasuk penyakit menular, gangguan nafsu makan serta gangguan pencernaan (WHO, 2008 dalam Purnama, 2017). Sanitasi tak memadai bisa memfaktori berkembangnya infeksi seperti diare maupun parasit untuk balita, serta mempengaruhi kemampuan sistem pencernaan dalam pemasukan nutrisi. Berbagai infeksi pada balita dapat mengakibatkan penurunan berat badan balita. Apabila berlangsung dalam jangka lama, kondisi demikian bisa menjadi permasalahan stunting (Pusdatin, 2018).

Paudel dkk (2012) menemukan beberapa faktor terkait *stunting* di Nepal, seperti kondisi ekonomi dan sosial, pengaruh lingkungan, pemberian ASI eksklusif, peningkatan konsumsi pangan, imunisasi, keragaman pangan, serta penyakit diare. Dan pada penelitian Haile dkk (2016) yang dilaksanakan di Nepal menemukan bahwa anak yang diasuh dari orang tua yang berpendidikan rendah mempunyai kemungkinan lebih besar untuk terkena stunting daripada anak dari orang tuanya yang berpendidikan tinggi. Selanjutnya penelitian menurut Ravallion (2007) dengan memakai data 39 negara dengan 5 kuintil asset, yang memuat 195 observasi mengenai angka kematian bayi serta stunting. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa faktor infrastruktur seperti sanitasi, air dan listrik mempunyai efek besar terhadap menurunnya tingkat kematian bayi serta anak yang usianya berada dibawah 5 tahun dan akan beresiko menurunkan stunting.

Stunting butuh tinjauan khusus dikarenakan bisa berpotensi menurunkan produktivitas bagi individu lalu berdampak pada penurunan kualitas SDM. Sebelumnya para peneliti tertarik mengidentifikasi determinan yang mempengaruhi terjadinya balita stunting, akan tetapi determinan tersebut akan bervariasi atau berbeda di setiap negara atau daerah, karena adanya perbedaan karakteristik dari tiap-tiap negara atau daerah tersebut. Hal ini sama dengan di 34 Provinsi di Indonesia yang mempunyai beragam perbedaan dan karakteristik dengan wilayah lainnya. Maka karena itu, dibutuhkan riset akan faktor determinan prevalensi balita stunting di 34 provinsi di Indonesia supaya intervensi yang diberikan dalam pencegahan stunting relevan pun tepat.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan paparan latar belakang yang sudah dijelaskan, sehingga dirumuskan permasalahan pada penelitian ini yakni:

1. Apakah rata-rata pendidikan perempuan berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022?
2. Apakah ASI eksklusif berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022?
3. Apakah tingkat penyelesaian imunisasi balita berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022?
4. Apakah keaktifan posyandu berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022?
5. Apakah ketidakcukupan konsumsi pangan berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022?
6. Apakah sanitasi layak berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022?
7. Apakah rata-rata pendidikan perempuan, ASI eksklusif, tingkat penyelesaian imunisasi balita, keaktifan posyandu, ketidakcukupan konsumsi pangan dan sanitasi layak bersama-sama berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan permasalahan tersebut, diperoleh tujuan penelitian yaitu:

1. Mengetahui pengaruh rata-rata pendidikan perempuan terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022.
2. Mengetahui pengaruh ASI eksklusif terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022.
3. Mengetahui pengaruh tingkat penyelesaian imunisasi balita terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022.
4. Mengetahui pengaruh keaktifan posyandu berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022.

5. Mengetahui pengaruh ketidakcukupan konsumsi pangan terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022.
6. Mengetahui pengaruh sanitasi layak terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022.
7. Mengetahui pengaruh rata-rata pendidikan perempuan, ASI eksklusif, tingkat penyelesaian imunisasi balita, keaktifan posyandu, ketidakcukupan konsumsi pangan dan sanitasi layak bersama-sama terhadap prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2017-2022.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bisa membagikan kebermanfaatannya untuk :

1. Dapat memperluas informasi tentang keadaan balita yang mengalami stunting di Indonesia.
2. Membagikan strategi kebijakan untuk menanggulangi permasalahan balita yang mengalami stunting.
3. Sebagai referensi untuk penelitian berikutnya.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Teori Human Capital

Teori ini terdiri dari kata dasar sejumlah dua kata yakni *human* (manusia) lalu *capital* (modal). *Capital* didefinisikan faktor produksi dipergunakan menciptakan sebuah barang atau jasa dengan tidak dikonsumsi semasa tahap produksi. Menurut pengertian *Capital*, asumsi terkait manusia di teori *human capital* ialah salah satu jenis modal yang sama seperti mesin dan teknologi. Tiga klasifikasi dari teori *human capital* ini dideskripsikan sebagai berikut:

1. *Human capital* sebagai faktor perseorangan. Konsep ini menerangkan modal manusia adalah sesuatu kapabilitas yang terdapat di diri manusia. Hal tersebut dibuktikan oleh penelitian Rastogi (2002) yang menunjukkan bahwa *human capital* adalah kompetensi, pengetahuan, sifat, sikap, dan kesehatan yang dimiliki oleh manusia.
2. *Human capital* melalui pandangan penyesuaian produksi. Menurut Romer (1999) berpendapat *human capital* adalah akar berbasis dari produktifitas ekonomi serta hal yang berwujud investasi yang dikerjakan manusia dalam menaikkan produktifitasnya (Rosen, 1999). Sedangkan Frank (2007) beranggapan *human capital* merupakan kombinasi antara pengalaman, keterampilan, pelatihan, pendidikan, energy, kebiasaan dan daya usaha serta kesehatan yang memengaruhi produktifitas manusia.

Menurut Schultz (1961) berpendapat *human capital* ialah aspek penting guna mencapai peningkatan ekonomi negara yang produktif. Sedangkan Todaro (2000) mencetuskan bahwa *human capital* bisa ditaksir melalui aspek kesehatan dan

pendidikan. Pendidikan dapat menciptakan *value* diri manusia. Dengan asumsi pendidikan individu yang makin tinggi berarti semakin terampil pun kompetensi dipunyainya. Sedangkan untuk kesehatan kini menjadi bidang yang erat kaitannya dengan pendidikan. Manusia yang mempunyai tubuh tidak sehat walaupun berpendidikan tinggi maka beresiko tak akan menaikkan produktivitas. Di sisi lain, pendidikan tinggi seseorang juga pun akan menaikkan kesadaran mengenai kesehatannya.

Kajian tentang fenomena stunting dan kaitannya terhadap *human capital* dapat menimbulkan masalah pertumbuhan dan perkembangan fisik pada anak yang irreversible, penurunan kapabilitas dan kognitif, hambatan motorik dan penurunan produktivitas serta tingkat IQ lebih rendah daripada IQ anak normal yang bisa berlanjut hingga dewasa (Trihono, 2015). Hal ini diperkuat dengan penelitian Martorell (2010) dan Adair (2013) anak yang terkena stunting di negara Brazil, Guatemala, India, Filipina, dan Afrika Selatan ditemukan memiliki keterlambatan untuk menyelesaikan studinya. Dikarenakan rendahnya IQ yang diperoleh pada anak stunting sehingga berpotensi mempunyai prestasi buruk di sekolah dan rendahnya tingkat pendidikan dan berimplikasi pada individu untuk menghadapi dunia kerja kelak.

2.1.2 Produktivitas

Hasil akhir dari kegiatan ekonomi yang menggunakan input yang berbeda disebut produksi. Aktivitas produksi dapat ditingkatkan melalui menaikkan faktor-faktor produksi, semacam tenaga kerja dan modal yang akhirnya membentuk *output* dan menciptakan nilai tambah. *Output* dapat dipengaruhi dari teknologi yang dipakai dalam tahap produksi. Korelasi *input* dan *output* disebut dalam suatu fungsi ialah fungsi produksi. Itu merupakan korelasi besaran *input* dibutuhkan dengan besaran *output* yang diciptakan (Samuelson, 2003).

Rumus fungsi produksi yakni:

$$Q = f(K, L)$$

Keterangan :

Q : *Output* barang tertentu semasa 1 periode

K : Modal yang dipakai semasa periode itu

L : Tenaga kerja

Produksi prosesnya dibedakan jadi jangka pendek dan panjang berdasarkan waktu. Di prosedur produksi jangka pendek, meningkatkan *output* dengan menambahkan satu maupun lebih inputnya dengan asumsi semua *input* yang berbeda ialah konstan. Hal itu disebut produktivitas fisik marginal (Nicholson, 2002). Produktivitas fisik marginal terdiri dari dua macam, yakni produktivitas fisik marginal atas modal serta tenaga kerja. Produktivitas fisik marginal modal (MPK) merupakan penambahan *output* didapatkan dari pejumlahan satu komponen modal dengan total tenaga kerja konstan. Melainkan, produktivitas marginal tenaga kerja (MPL) merupakan penambahan *output* yang didapatkan dari pertambahan *input* tenaga kerja dengan menganggap konstan.

Pertambahan *input* pada tenaga kerja atas tahap produksi akan mengakibatkan peningkatan pada *output*. Akhirnya, ketika kian besarnya *input* tenaga kerja yang ditingkatkan maka akibatnya *output* tersebut kian menurun. Berkurangnya produktivitas fisik marginal dikaitkan dengan fungsi produksi jangka pendek. Pada tingkat makro, produktivitas merupakan perbandingan antara takaran *output* khusus dengan takaran *input* maupun sumber daya khusus. Hasil tersebut untuk mengukur efisiensi penggunaan sumber daya (McEachern, 2000). Artinya kian meningkatnya produktivitas, maka kian melimpahnya barang dan jasa yang diproduksi terhadap besaran sumber daya tertentu. Produktivitas merupakan total barang dan jasa yang diproduksi dari seseorang pekerja tiap jam kerjanya.

Meningkatkan produktivitas sangat penting dalam meningkatkan standar hidup suatu negara, tetapi hal tersebut harus dibarengi dengan peningkatan produksi

barang dan jasanya. Menurut Mankiw (2006) faktor-faktor yang menetapkan produktivitas seperti modal fisik, modal manusia dan sumber daya alam serta keahlian pengetahuan teknologi bagi pekerja.

2.1.3 Human Capital Investment

Human Capital Investment atau biasa disebut investasi akan modal manusia. Modal manusia merupakan investasi yang produktifnya pada seseorang yang melingkup kemampuan, pengetahuan, daya terampil, ide/gagasan, kesehatan juga lokasi yang seringkali diperoleh dari *output* bidang pendidikan, perawatan kesehatan dan pelatihan pekerjaan (Todaro, 2003). Berartinya modal manusia dalam pembangunan pertama kali dibahas di tahun 1960-an berdasarkan Schultz (1961) perihal *investment in human capital* ia berpendapat pendidikan adalah sebuah bentuk investasi pembangunan tidak berbentuk investasi. Dalam pertumbuhannya, Schultz menunjukkan kontribusinya langsung terhadap pertumbuhan ekonomi negara dengan membangun sektor pendidikan yang menempatkan masyarakat sebagai pusat pembangunan. Hal bisa diraih melalui berlangsungnya kenaikan dari keterampilan/keahlian serta kemampuan produksi dari tenaga kerja.

Menurut Todaro (2003) investasi pada pengembangan sumber daya manusia berpotensi menaikkan kualitas modal manusia dan akan memberikan efek yang baik pada aktivitas ekonomi. Melainkan menurut (Mulyadi, 2003) terdapat peluang untuk meraih tujuan pembangunan nasional seperti investasi SDM. Investasi SDM dapat dicapai dengan pendidikan dan pelatihan dengan cara tersebut akan memungkinkan untuk terjadinya peningkatan kualitas sumber daya manusia. Dimulai dengan membenahi lingkungan, mulai dari lingkungan kerja serta lingkungan masyarakat.

Keselamatan dan kesehatan kerja pekerja merupakan bagian dari lingkungan kerja, sedangkan kondisi tempat tinggalnya baik fisik maupun non fisik merupakan bagian dari lingkungan masyarakat tersebut. Faktor-faktor tersebut secara langsung mempengaruhi kinerja fisik dan mental pekerja. Selain itu, kualitas fisik dan

mental pekerja berdampak positif akan kemampuan dalam kerja. Berbagai indikator yang dipakai untuk menilai kualitasnya *Human Capital Investment*, antaranya: IPM, Indeks Pendidikan, serta Indeks Kesehatannya.

2.1.4 Teori Konsumsi

Dalam bahasa Belanda konsumsi berasal dari istilah *consumptie* yang berarti suatu kegiatan yang mengacu pada kegiatan yang bertujuan untuk mengkonsumsi atau mengurangi suatu barang jasa untuk memenuhi suatu kebutuhan. Berdasarkan *conventional economics* konsumsi perilakunya didampingi dengan nilai dasar ada dua, seperti *rasionalisme* dan *utilitarianisme*. Dua nilai inilah yang selanjutnya membangun sebuah perilaku konsumsi yang *hedonistik* dan *materialistik* serta boros (*wastefull*). Perilaku rasionalisme ekonomi merupakan *self interest*, karena perilaku tersebut konsumen cenderung egois karena cenderung individualis yang mengabaikan keseimbangan dan keharmonisan sosial. Menurut Mankiw (2007), mencetuskan konsumsi ialah ukuran dimana rumah tangga membelanjakan uangnya untuk membeli barang dan jasa seperti barang bertahan lama, kendaraan, perlengkapan, lalu barang tak bertahan lama contohnya makanan pakaian. Jasa meliputi barang tak berwujud konkret (misal pendidikan).

2.1.5 Teori Health Belief Model

Sejak dimulainya pada tahun 1950an, *Health Belief Model* sudah menjadi salah satu kerangka teoritis yang terbanyak dipakai dalam penelitian kesehatan untuk mendeskripsikan pemeliharaan dan perubahan perilaku yang berkaitan terhadap kesehatan serta kerangka panduan kerja dalam intervensi perilaku kesehatan. *Health Belief Model* (HBM) merupakan sebuah bentuk dimana menggambarkan cara pikiran seseorang merepresentasikan perilaku sehat dan komponen-komponen yang berguna dalam memprediksi perilaku sehat. Sedangkan menurut Rosenstock (1966), kemungkinan seseorang akan keberlangsungan perilaku sehat disebabkan oleh keyakinannya terhadap kesehatannya yang disebut *health belief* serta untuk memproyeksikan peluang seseorang untuk mengikutsertakan diri dalam gaya hidup sehat atau tidak.

Health Belief Model (HBM) adalah acuan keyakinan kesehatan yang menjelaskan apa yang harus dipikirkan masyarakat sebelum terlibat dalam pelayanan kesehatan dan mengambil langkah untuk mencegah penyakit. Teori HBM didasarkan pada teori kognitif dan perilaku, berdasarkan dua aspek perilaku yang berhubungan dengan kesehatan :

- 1) Keinginan buat terhindar dari penyakit, atau ketika mengalami sakit beryakinan untuk sembuh.
- 2) Berkeyakinan bahwa aktivitas kesehatan tertentu dapat melindungi atau menyembuhkan penyakit.

2.1.6 Masalah Gizi Stunting

Suatu kondisi kekurangan gizi kronik pada balita yang didasarkan kurva tinggi badan terhadap umur (TB/U) yang sering ditemukan terutama di negara berkembang dikenal stunting. Menurut UNICEF (2012) masalah kejadian balita stunting dapat berdampak pada keadaan balita di kemudian hari dalam siklus kehidupannya. Terjadinya stunting pada masa anak-anak berkaitan dengan berbagai kondisi patologis seperti risiko kesakitan, hilangnya kemampuan dalam pertumbuhan fisik, kematian, berkurangnya aktivitas peningkatan saraf kognitif dan berpotensi terkena penyakit kronis di usia tua (De Onis M & Branca, 2016), beserta motorik juga sosial yang mencakup disabilitas perkembangan (Meilyasari F & M Isnawati, 2014).

Berdasarkan Permenkes RI No.2 tahun 2020 tentang standar *antropometri* anak (penilaian status gizi anak), pendek lalu sangat pendek didefinisikan berdasarkan Indeks Panjang Badan(PB/U) atau Tinggi Badan(TB/U) yang dimana U ialah hal yang ditentukan umur. Stunting mengacu pada kekurangan gizi di masa kritis awal kehidupan bagi pertumbuhan dan perkembangan seseorang. Terdiri dari fase 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK) 270 itu ialah hari pada masa kehamilan dan 730 hari pada masa dua tahun kehidupan.

2.1.7 Indikator Stunting

Stunting bisa dikategorikan berdasarkan pengukuran dan penilaian *antropometri*. *Antropometri* merupakan teknik yang dipakai dalam penilaian proporsi, ukuran serta komposisi tubuh seorang manusia. *Standar Antropometri* anak dipakai guna memberi nilai dan menetapkan status gizinya anak yang dilangsungkan melalui perbandingan hasil ukur BB dan TB berdasarkan standar *Antropometri* Anak.

Indeks pengukuran stunting pada anak 0-24 adalah indeks Panjang Badan (PB) dengan posisi terlentang. Tetapi jika anak tersebut dengan posisinya berdiri, hasil itu dikoreksinya dengan menambahkan 0.7 cm. Guna mengukur anak umur >24 bulan memakai indeks Tinggi Badan (TB) posisi berdiri, Tetapi kalau anak itu posisinya terlentang, pengukurannya dikurangkan 0.7 cm. Indeks itu dipakai ketika mengukur anak pendek (*stunted*) ataupun bahkan sangat pendek (*severely stunted*), diakibatkan karena gizi buruk ataupun penyakit kronis.

Tabel 2.1 Tingkatan Ambang Batas Status Gizi Balita berdasarkan TB/U atau PB/U

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U)	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	<-3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	-3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	>+3 SD

Sumber: *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 2020 tentang Standar Antropometri Anak.*

2.1.8 Faktor-Faktor Penyebab Stunting

Stunting berhubungan terhadap gagalnya tumbuh kembangnya anak. Umumnya, faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembang seorang anak terbagi dua jenis, ialah faktor genetik lalu lingkungan. Faktor genetik, aset utama yang berperan penting untuk memperoleh hasil final pada tumbuh kembang anak. Kualitas dan kuantitas pertumbuhan dapat ditetapkan dengan arahan genetik yang tertanam di sel telur yang sudah dibuahi. Kondisi faktor genetik bersifat faktor genetik yang normal

maupun jenis kelamin, serta suku bangsa. Sementaranya untuk faktor lingkungan sangat mempengaruhi tercapainya atau tidak potensi bawaan.

Stunting disebabkan oleh rendahnya asupan gizi di masa 1.000 HPK, yaitu dimulainya dari kandungan sampai bayi usianya dua tahun. Temuan dari TNP2K (2018) memberikan penjelasan yang jelas berbagai faktor yang menyebabkan stunting antara lain:

1. Praktik mengasuh terhadap anak yang masih buruk, terkhusus rendahnya pengetahuan ibu tentang kesehatan dan edukasi gizi sebelum dan selama kehamilan, serta pasca melahirkan. Berdasarkan temuan, 60% anak yang berusia 0-6 bulan tidak menerima ASI Eksklusif, lalu dua dari tiga anak yang berusia 0-24 bulan tidak diberikan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI).
2. Rendahnya pelayanan kesehatan terlihat pada pelayanan ANC-*Ante Natal Care* (layanan kesehatan bagi ibu selama hamil), *Post Natal Care* dan tak berkualitasnya pendidikan anak usia dini. Menurut publikasi Kemenkes juga *World Bank* menyatakan jumlah kedatangan anak di posyandu kian turun sehingga anak-anak tidak terjangkau untuk pelayanan imunisasi.
3. Konsumsi makanan yang bergizi keluarga dan rumah tangga yang masih relatif rendah sebabnya karena harga kuliatas makanan tinggi gizi di Indonesia masih terbilang mahal. Menurut berbagai laporan dari SDKI (2012) dan RISKESDAS (2013) harga pangan di Jakarta 94% lebih mahalnya daripada di negara India. Dan untuk harga buah serta sayuran pun lebih mahal daripada dengan negara Singapura.
4. Rendahnya untuk akses air bersih dan sanitasi. Berdasarkan hasil observasi dilapangan memperoleh satu dari lima rumah tangga yang ada di Indonesia membuang air besar (BAB) diruangan terbuka, lalu satu dari tiga rumah tangga tidak mempunyai akses bersihnya air minum, hal ini akan menimbulkan penyakit yang bisa menghambat untuk serapan gizi (Kemenkes, 2018).

2.1.9 Dampak Dari Stunting

Terdapat dua jenis dampak dari kasus stunting yaitu berjangka pendek pun panjang. Dampak jangka pendek meliputi penyebab rasa sakit yang meningkat, penurunan kognitif, motorik, juga bahas yang lebih lambat, serta meningkatnya pengeluaran perawatan akan kesehatan. Dampaknya jangka panjang mencakup bentuk tubuh lebih pendek daripada manusia umumnya pada saat dewasa, meningkatnya risiko kegemukan dan penyakit lainnya, penurunan reproduksi kesehatan, berkurangnya daya serap belajar dan kinerja yang rendah optimum pada masa sekolah, produktivitas yang lebih rendah dan kapabilitas kerja yang lebih rendah.

Stunting pada saat dewasa bisa menurunkan produktivitas serta pendapatan. Stunting dikaitkan dengan rendahnya kinerja kognitif saat di sekolah, kinerja di sekolah, serta pendapatan saat mereka dewasa. Balita yang terkena stunting akan mempunyai taraf kecerdasan tidak optimum, sehingga membuat anak lebih gampang terkena penyakit dan berpotensi rendahnya produktivitas di masa depan. Alhasil stunting akan menyebabkan terhambatnya pertumbuhan ekonomi, menurunkan produktivitas pasar kerja sehingga berpotensi meningkatkan kemiskinan serta meningkatkan ketimpangan. Menurut UNDP (2018) hal tersebut bisa tercemin dari IPM yang dimana di temukan Indonesia masih tergolong rendah jika di bandingkan negara ASEAN lainnya.

2.1.10 Pendidikan Perempuan

Aristoteles mengemukakan bahwa pendidikan ialah salah satu fungsi sebuah negara yang dilaksanakan paling tidak untuk tujuan negara. Pemerintah merupakan lembaga sosial utama untuk menjamin tujuan akhir yaitu kebahagiaan manusia. Menurut teori pendidikan yang dijelaskan Aristoteles bahwa pendidikan adalah tindakan awal untuk merancang peserta didik yang berkualitas dalam perjalanan belajar dan mengembangkan kematangan fisik serta mental.

Status pendidikan mempengaruhi pengetahuan dan pemahaman seseorang tentang kesehatan dan frekuensi penggunaan layanan kesehatan yang baik. Rendahnya

pengetahuan dan informasi tentang perilaku kesehatan menjadi salah satu tantangan dalam menggunakan layanan kesehatan. Berbagai bentuk kurangnya pengetahuan dan kesadaran dapat terjadi dari bermacam bentuk, termasuk kurangnya pengetahuan tentang dimana layanan kesehatan tersedia hingga tidak memahami manfaat layanan serta tanda bahaya pada situasi yang membutuhkan layanan khusus (Mariyono dkk., 2008).

Secara individual, pendidikan dapat meningkatkan kualitas dan keterampilan individu, baik di dalam maupun diluar sekolah terkhususnya bagi perempuan (Triwiyanto, 2014). Tingkat pendidikan memainkan peran penting dalam kualitas pengasuhan dan perawatam anak, khususnya pada ibu. Perempuan yang berpendidikan akan mempunyai lebih baik dalam berinteraksi tentang pemberian pelayanan kesehatan, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan lebih baik, dan mudah memperoleh saran yang disampaikan dari tenaga kesehatan.

Menurut Adriani M (2014) Oleh karena itu perempuan yang berpendidikan tinggi lebih mampu untuk menjalankan proses pengasuhan, lebih mudah berkomunikasi terhadap anak, dan lebih dapat menstimulasi anak-anaknya. Di sisi lain, ibu yang berpendidikan rendah memungkinkan terkena keterbatasan dalam mengelola kesehatan keluarganya pada akhirnya berdampak pada buruknya kondisi kesehatan keluarga (Himawan W, 2016). Hal ini serupa dengan penelitian Khattak dkk (2017) yang menemukan dimana anak lahir dari orang tua yang pendidikannya rendah beresiko mengalami tingkat gizi yang buruk dibandingkan orang tua yang berpendidikan.

Berdasarkan penelitian dari Haile (2016) yang dilangsungkan di Nepal menemukan anak lahir dari orang tua dimana pendidikannya rendah memungkinkan balita stunting daripada anak dari orang tua dimana mempunyai pendidikan tinggi. Hal ini disebabkan karena orang tuanya khususnya ibu yang mempunyai berpendidikan tinggi akan lebih mudah terhadap mengedukasi kesehatannya semasa kehamilan termasuk informasi mengenai kebutuhan gizi dan memberikan ASI eksklusif sepanjang enam bulan.

2.1.11 ASI Eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) adalah air susu yang diproduksi seseorang ibu setelah bayinya lahir. ASI Eksklusif ialah pemberian ASI diberikan kepada bayi tanpa diberikan makanan atau minuman mulai dari kelahiran sampai bayi berusia enam bulan. Bayi yang mengkonsumsi ASI eksklusif memiliki tumbuh dan berkembang jauh lebih sehat dibandingkan anak yang tidak memperoleh ASI eksklusif. Dikarenakan ASI mengandung antibodi baik yang kemudian dapat mencegah anak agar tak gampang sakit, sementara itu ASI punya kandungan banyak enzim lalu hormon (Pollard M, 2015).

Pemberian ASI eksklusif dianjurkan diberikan selama periode 4 bulan, namun jika memungkinkan hingga 6 bulan, makanan padat juga harus diperkenalkan setelah 7 bulan. Sedangkan menurut Roesli (2002) ASI baiknya diberikan hingga bayi tersebut berusia 2 tahun atau bahkan lebih untuk hasil yang optimal. Bayi yang tidak mendapatkan ASI berpotensi terkena penyakit infeksi. Menurunnya jumlah bayi dan anak kecil akibat penyakit menular yang berulang mengakibatkan bayi kurang gizi serta kurus (Infodatin, 2018).

2.1.12 Imunisasi

Imunisasi bermula dari kata resisten, imun dan kebal. Anak-anak yang telah mendapatkan imunisasi dapat dikatakan memiliki kekebalan tubuh sehingga dapat mencegah dari penyakit. Pada anak usia dini memang sudah punya sistem imun agar terhindar dari satu penyakit. Akan tetapi, ada kemungkinan masih bisa terkena penyakit lainnya (Mobarok, 2022). Menurut PMK No. 42 di Indonesia terdapat 3 (tiga) penggolongan Imunisasi wajib yaitu imunisasi dasar, rutin dan tambahan. Pada rutusnya imunisasi, ada dua yakni dasar lalu lanjutan. Imunisasi rutin mencakup imunisasi dasar serta imunisasi lanjutan. Bayi yang berusia 0-12 bulan diberikan imunisasi dasar, sementara anak yang berusia di bawah 2 tahun (baduta), serta anak usia SD dan wanita usia subur (WUS) mendapatkan imunisasi lanjutan.

Berdasarkan studi *epidemiologi* imunisasi tambahannya diberikannya secara selektif pada saat kelompok umur tertentu dimana paling rentan penyakit. Untuk jenis imunisasi khusus diberikan untuk perlindungan individu maupun manusia dari penyakit tertentu di kondisi tertentu, seperti sebelum melakukan perjalanan ke negara dengan tingkat penyakit yang tinggi dan rendah, atau pada peristiwa atau *epidemi* tertentu untuk penyakit tertentu. Imunisasi dasar yang diberikan mencakup:

1. 1 dosis *Hepatitis B*

Vaksin *hepatitis B* diberikan untuk perlindungan bayi dari penyakit hepatitis B atau infeksi liver yang akan mengakibatkan kanker serta kematian (Suririnah, 2009).

2. 1 dosis *Bacile Calmette-Guerin (BCG)*

Imunisasi ini bertujuan untuk dapat melindungi bayi dari penyakit tuberkulosis (TB) yang berpotensi mempengaruhi permasalahan paru-paru pada balita.

3. 3 dosis DPT-HB-HiB

Imunisasi DPT ialah imunisasi untuk mencegah insiden penyakit *difteri* atau infeksi bakteri pada hidung dan tenggorokan, *pertusis* (batuk rejan) serta *tetanus* atau penyakit yang terjadi di sistem saraf (Rahayu, 2020).

4. 4 dosis polio tetes

Vaksin ini diberikan untuk mencegah insiden penyakit virus yang dapat mengakibatkan kelumpuhan balita (Hidayat, 2007).

5. 1 dosis campak/MR

Imunisasi ini diberikan untuk mencegahnya terjadi penyakit campak pada balita (Hidayat, 2007).

Imunisasi adalah cara yang dilakukan sebagai upaya memperkuat sistem kekebalan tubuh pada anak. Imunisasi juga sebagai suatu upaya yang diberikan pada bayi dan anak-anak dengan tujuan memperkuat sistem imunitas tubuh dengan cara memberikan vaksin ke dalam tubuh akhirnya membentuk antibodi melalui injeksi (seperti imunisasi DPT, campak, dan BCG) dan melalui oral atau mulut (seperti antibodi polio).

2.1.13 Posyandu

Posyandu adalah pemberi pelayanan utama layanan kesehatan untuk bayi maupun balita. Selaras terhadap tujuan dibangunnya posyandu ialah demi mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) serta Angka Kematian Bayi (AKB) melalui pengembangan kapasitas penduduk, hingga target aktivitas posyandu bukanlah balita saja, melainkan terdiri atas ibu sedang hamil, ibu sedang menyusui serta ibu sedang nifas. Aktivitas yang digalakan di posyandu focus akan layanan kesehatan bagi ibu dan anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), imuniasi dan gizi serta pencegahan akan diare (Rachmita, 2019).

Menurut Hayiyanto (2023) pengelolaan pelayanan kesehatan yang optimal seperti posyandu akan menjamin bahwa semua individu memerlukan akses terhadap pelayanan kesehatan bagi anak-anak dan ibu hamil, sehingga meghasilkan sistem pengelolaan sumber daya manusia yang lebih baik. Sementara itu menurut Kemenkes (2011) posyandu mempunyai tujuan yaitu:

1. Dapat mengurangi angka kematian bayi (AKB) lalu angka kematiannya sang ibu pada masa kehamilnnya, melahirkan serta nifasnya.
2. Meningkatkan NKKBS.
3. Memperkuat keterlibatan masyarakat dalam aktivitas kesehatan KB juga lainnya guna terwujudnya masyarakat sehat pun sejahtera.
4. Posyandu merupakan tempat berlangsungnya program kesejahteraan keluarga, program ketahanan keluarga, dan program ekonomi keluarga kesejahteraan.

Posyandu dikelola oleh seseorang pengelola yang dipilih dari masyarakat pada saat proses musyawarah pembangunan posyandu. Susunan struktur posyandu terdiri dari ketua, sekretaris serta bendahara. Posyandu diselenggarakan lebih dari satu kali dalam sebulan, dan jadwal posyandu ditentukan berdasarkan kesepakatan masyarakat (Kemenkes, 2017).

2.1.14 Ketidacukupan Konsumsi Pangan

Konsumsi pangan ialah besarnya makanan/minuman atau banyaknya pangan yang dikonsumsi individu atau suatu kelompok dalam pemenuhan kebutuhan fisik, mental dan sosialnya. Kebutuhan fisik merupakan usaha dalam memenuhi kebutuhan makan (rasa lapar) untuk memperoleh zat bergizi yang diperlukan tubuh. Tujuan mental merupakan hal dalam memuaskan emosi atau keinginan. Tujuan sosial ialah hal untuk menjaga hubungan antar manusia dalam keluarga serta masyarakat (Suryono, 2007). Mengonsumsi beragam makanan bisa meningkatkan status gizi serta pertumbuhan badan yang sehat, dan menciptakan gaya hidup yang sehat. Mengonsumsi beragam makanan sehat dapat menciptakan pencegahan segala bentuk kekurangan gizi dan penyakit tidak menular termasuk penyakit stroke, jantung, diabetes, serta kanker.

Menurut Bappenas (2020) Ketidacukupan konsumsi pangan (*undernourishment*) merupakan keadaan individu yang mengonsumsi lebih sedikit makanan untuk mempertahankan energi dalam sehatnya hidup dan aktif-produktif. *Undernourishment* berlainan terhadap malnutrisi serta kurang nutrisi, karena kedua itu merupakan hasil yang berkaitan dengan kualitas gizi. Meskipun *undernourishment* merupakan keadaan seseorang, akan tetapi berdasarkan konsep dan data yang tersaji, indikator ini hanya bisa diperkirakan pada tingkat suatu populasi atau sekelompok orang, bukan pada tingkat seseorang, sehingga indikator ini tidak tepat dipakai untuk mengidentifikasi seseorang dalam komunitas tersebut yang terkena *undernourished* (ketidacukupan konsumsi pangan).

Kecukupan zat gizi mikro cukup penting dalam mendukung sistem kekebalan tubuh serta mengurangi risiko terkena penyakit menular. Metode yang dipakai Indonesia dalam mengukur keanekaragaman konsumsi pangan terdapat pada Pola Pangan Harapan (PPH). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 28/2019 terkait proporsi kecukupan gizi penduduk Indonesia, poin PPH memaparkan kualitas gizi pangan yang dikonsumsi penduduk Indonesia berdasarkan partisipasi tiap-tiap golongan pangan terhadap Angka Kecukupan

Energi (AKE) dibandingkan nilai idealnya. Menurut Alta (2023) jumlah PPH diukur pada 9 kelompok makanan : umbi-umbian, padi-padian, makanan hewani, minyak dan lemak, buah/biji berminyak, kacang-kacangan, gula, sayur dan buah, serta lainnya.

2.1.15 Sanitasi

Sanitasi merupakan fasilitas sanitasi rumah tangga yang mencakup fasilitas buang air besarnya, tempat dibuangnya sampahnya. Sementara itu menurut Depledge (1997) mendefinisikan sebagai sarana pembuangan tinja dan air limbah manusia tanpa membahayakan kesehatan atau kesejahteraan manusia. Sanitasi yang buruk menjadi penyebab terutama bagi penyakit pada semua negara, terkhususnya ialah penyakit diare. Angka kematian akibat diare Afrika sebesar 115 orang meninggal per jam disebabkan oleh buruknya sanitasi dan kebersihan serta air yang terkontaminasi. 2,6 juta penduduk dunia diperkirakan kekurangan akses terhadap sanitasi. Sanitasi yang baik mempunyai peranan utama untuk mengurangi risiko penyakit serta kematian pada anak. Sanitasi yang layak bisa dilaksanakan jika akses fasilitas sanitasi yang aman dengan tempat tinggal yang memadai. (Depkes, 2008; WHO, 2011).

2.2 Hubungan Antar Variabel

2.2.1 Hubungan Rata-rata Pendidikan Perempuan dengan Stunting

Pendidikan mempengaruhi pengetahuan dan pemahaman seseorang tentang kesehatan dan frekuensi penggunaan layanan kesehatan yang baik. Rendahnya pengetahuan dan informasi tentang perilaku kesehatan menjadi salah satu tantangan dalam menggunakan layanan kesehatan. Sedangkan tingginya pengetahuan akan menjadikan bekal ibu untuk mengasuh anaknya. Terdapat beberapa keluarga miskin berada pada kategori pendidikan rendah karena keterbatasan ekonomi yang mereka alami tidak memungkinkan mereka untuk melanjutkan pendidikan tinggi. Dalam penelitian Lailatul (2015) menemukan balita yang orang tuanya berpendidikan rendah tak selalu mendapati kejadian stunting dan *wasting* yang banyak

dibandingkan orangtua yang berpendidikan lebih tinggi. Artinya tingkat pendidikan orang tua adalah penyebab terjadinya permasalahan kurangnya gizi, maka masih banyak faktor lain yang bisa menjadi pengaruh dari penyebab masalah kurang gizi, terutama yang berkaitan dengan *wasting* dan *stunting* di keluarga miskin. Sedangkan menurut Notoatmodjo (2012) Selain tingkat pendidikan ada pengaruh sosial, ekonomi dan lingkungan lainnya yang mempengaruhi perilaku individu.

2.2.2 Hubungan ASI Eksklusif dengan Stunting

Menurut WHO pemberian ASI eksklusif hanya diberikan ASI saja tidak termasuk cairan (vitamin, mineral, atau obat sirup) serta makanan padat sampai enam bulan. Memberikan ASI eksklusif sejak bayi lahir karena ia menerima *kolostrum*, yaitu ASI berwarna kuning yang dikeluarkan dari hari pertama hingga hari ketiga setelah ibu mulai menyusui. Menurut KPPPA (2018) kolostrum amat bagus dikarenakan memiliki protein tinggi, dan banyak zat pencegah infeksi, serta mampu menaikkan daya tahan tubuh.

Kurangnya pemberian ASI eksklusif membuat pemicu penyebab *stunting* balita yang ditimbulkan dari insiden masa lalu sehingga berpotensi menyebabkan pada masa depan balita. Sementara itu pemberian ASI terbaik dari ibu, bisa menunjang terjaganya keseimbangan gizi anak kemudian terlaksananya pertumbuhan anak yang normal (Aridiyah dkk., 2015).

2.2.3 Hubungan Tingkat Penyelesaian Imunisasi Balita dengan Stunting

Imunisasi adalah usaha yang dilakukan guna memperkuat sistem imun atau kekebalan tubuh pada anak agar tidak mudah terinfeksi penyakit. Sehingga tubuh mudah untuk menyesuaikan keadaan semula terhadap suatu penyakit. Menurut ketentuan gerakan 1000 hari awal kehidupan, penyebab utama terjadinya resiko *stunting* pada balita ialah status imunisasi yang mana balita yang tidak diberikan imunisasi akan mudah terserang kekebalan tubuhnya serta rentan terjangkit penyakit yang berhubungan dengan penyakit menular seperti cacangan, diare, serta penyakit pernapasan akut (ISPA).

Dalam hal imunisasi, yang mana memiliki tujuan untuk memberikan proteksi kekebalan tubuh pada tumbuh kembang anak atau balita. Dengan demikian pemahaman terkait imunisasi lengkap merupakan pemberian vaksinasi yang bersifat harus atau wajib untuk para balita dan anak-anak. Dalam panduan KIA yang mana terdapat sejumlah balita yang mempunyai status imunisasi yang lengkap. Hanya saja terdapat beberapa anak yang status pada imunisasinya tidak lengkap. Balita yang memiliki status imunisasi tak lengkap dikarenakan ketidakpedulian ibu dan ketidaktahuan ibu terhadap balita, yang mana tidak sepadan dengan jadwal imunisasi, dikarenakan jika balita diberi imunisasi, hal itu dapat membentuk sistem kekebalan tubuhnya. Jika anak-anak kecil tidak dilakukan imunisasi sejak awal, mereka mungkin rentan terhadap penyakit, tidak adanya nafsu makan dan kekurangan asupan nutrisi yang akan menyebabkan kebutuhan kesehatan bayi yang lebih tinggi (Mobarok, 2022)

2.2.4 Hubungan Keaktifan Posyandu dengan Stunting

Posyandu adalah tempat yang tepat untuk memantau status gizi dan tumbuh kembang anak yang diukur menggunakan tambahan BB, TB dimana teratur di tiap bulan. Keinginan masyarakat untuk menghilangkan masalah gizi menganjurkan para orang tua untuk berkonsultasi dengan pusat pemberdayaan layanan kesehatan masyarakat semacam posyandu. Kehadiran posyandu sebagai indikator terjangkaunya layanan kesehatan dasar yang mencakup dari peninjauan akan tumbuh kembangnya serta pertumbuhannya. Aspek ini memiliki dampak signifikan terhadap pemeriksaan status gizinya, lalu ibu dari balita dimana mengunjungi posyandu untuk memperoleh informasi terkait kesehatannya untuk berperilaku pola hidup sehat di tiap harinya. Menurut Welasasih dkk (2012) balita yang hadir ke posyandu untuk melaksanakan pengecekan tinggi badan secara rutin akan terkontrolnya status gizi dan kesehatannya.

2.2.5 Hubungan Ketidakcukupan Konsumsi Pangan dengan Stunting

Ketidakcukupan konsumsi pangan merupakan keadaan individu Dimana mengkonsumsi lebih sedikit makanan untuk mempertahankan energi dalam hidup sehat dan aktif serta produktif. Ketidakmampuan individu untuk mengakses makanan bisa terlihat dari pengalaman. Keadaan ini disebabkan dari tingkat kondisi sosial ekonomi dan budaya yang beraneka ragam. Tolak ukur pengalaman ini adalah ketidakmampuan dalam memperoleh makanan di jumlah yang cukup, kurangnya variasi makanan yang baik, harus mengurangi porsi makan atau frekuensi makan setiap hari, akibatnya akan merasa sangat lapar karena tidak bisa makan (Bappenas, 2020).

Hubungan konsumsi pangan terhadap stunting karena zat gizi dapat didapatkan dari makanan yang dikonsumsi oleh balita tersebut. Agar balita bisa tumbuh dan berkembang dengan baik, ia perlu mengonsumsi beragam makanan yang, cukup dalam porsinya, bersih dan aman, konsisten dan diolah dengan baik. Status gizi balita harus menjadi perhatian khusus orang tua, karena dapat menyebabkan terganggunya perkembangan anak. Dengan terjadinya kekurangan gizi pada anak maka akan mengakibatkan seseorang balita akan terkena hambatan dalam perkembangan otaknya (Proverawati & Wati, 2011).

2.2.6 Hubungan Sanitasi Layak dengan Stunting

Menurut WHO Sanitasi merupakan kemampuan mengendalikan seluruh aspek lingkungan fisik masyarakat yang bisa memicu dampak buruk terhadap kehidupan masyarakat, baik dari segi fisik ataupun mental. Sementara itu berdasarkan Depkes RI (2004) mendefinisikan sanitasi sebagai kegiatan kesehatan untuk menjaga serta melindungi kebersihan lingkungan semacam menyupli air bersih untuk kebutuhan mencuci tangan. Berdasarkan hasil penelitian El Taguri (2008) terdapatnya pengaruh sanitasi dengan kasus stunting, terbukti jika lingkungan tempat tinggal anak yang tidak mengimplementasikan gaya hidup sehat, berakibat anak secara otomatis memiliki keadaan kesehatan tidak optimal terutama permasalahan gizi dan stunting.

Rendahnya kualitas sanitasi lingkungan akan menjadi penghambat pertumbuhan kembang anak. Sebuah penelitian terhadap anak-anak di Bangladesh menunjukkan bahwa anak yang berada di lingkungan yang *hygiene* dan tersanitasi dengan baik memiliki indeks TB/U yang lebih tinggi, artinya mempunyai peluang yang besar dalam pencegahan kasus stunting dibandingkan rumah tidak memiliki fasilitas tersebut (Merchant dkk., 2003). Sementara itu di India, Sebagian besar ana-anak mengalamu stunting karena membuang air besar sembarangan. Tersebar nya bakteri dari tinja di lingkungan bisa berpotensi menurunkan tinggi badan anak-anak. Berdasarkan *Intervensi Program Total Sanitation Campaign* (TSC) di India terbukti dapat menurunkan angka kemaatian pada bayi (Spears, 2013).

2.3 Tinjauan Empiris

No	Judul dan Penulis	Metode	Variabel	Hasil
1	Judul: “Deteksi Spasial Dependence terhadap <i>Fixed Effects Model</i> Prevalensi Stunting” Penulis : Asih Murwiati (2021)	1. Metode Kuantitatif 2. Data Sekunder 3. Analisis model regresi data panel	Dependen : 1. Prevalensi stunting Independen : 1. Persentase kabupaten kota yang telah melakukan imunisasi sampai dengan 80%. 2. Persentase lama sekolah 3. Persentase penduduk usia 15 tahun atau lebih yang merokok	1. Persentase penyelesaian imunisasi memiliki pengaruh negative signifikan terhadap prevalensi stunting di Indonesia tahun 2015-2018. 2. persentase penduduk usia 15 tahun atau lebih yang merokok memiliki pengaruh positif tidak signifikan terhadap prevalensi stunting di Indonesia tahun 2015-2018. 3. Rata-rata lama sekolah memiliki pengaruh positif signifikan terhadap prevalensi stunting di Indonesia tahun 2015-2018.
2	Judul: “Analisis Determinan Stunting Menurut Wilayah Geografi di Indonesia Tahun	1. Metode Kuantitatif 2. Data Sekunder 3. Uji korelasi Pearson dan regresi linear berganda	Dependen : 1. Prevalensi Stunting Independen : 1. Persentase Kemiskinan 2. Persentase imunisasi dasar lengkap	Persentase imunisasi dasar lengkap, Persentase ibu hamil dengan tablet tambah darah, rasio puskesmas memiliki hubungan negatif terhadap Prevalensi Stunting di Indonesia tahun 2018.

	2018”		3. Persentase ibu hamil dengan tablet tambah darah 4. Rasio puskesmas	Dan untuk Persentase Kemiskinan memiliki hubungan positif terhadap Prevalensi Stunting.
	Penulis : Ima Maria & Nurjannah (2020)			
3	Judul: “Determinan Prevalensi Balita Stunting di Indonesia Tahun 2021”	1. Metode Kuantitatif 2. Data Sekunder 3. Uji model Spatial Autoregressive (SAR)	Dependen : 1. Prevalensi Stunting Independen : 1. Pengeluaran makanan 2. Kerawanan pangan 3. Persentase ibu hamil KEK yang memperoleh Pemberian Makanan Tambahan 4. Prevalensi ketidakcukupan konsumsi pangan 5. Rata-rata lama sekolah penduduk umur \geq 15 tahun 6. Sanitasi Layak	1. Variabel Pengeluaran makanan, PMT pada ibu hamil KEK, tingkat ketidakcukupan pangan, sanitasi layak berpengaruh signifikan negatif terhadap kejadian stunting di Indonesia tahun 2021. 2. Tingkat Pendidikan yang memakai <i>variable</i> rata-rata lama sekolah berpengaruh positif tidak signifikan terhadap kejadian stunting di Indonesia tahun 2021. 3. Dan variabel kerawanan pangan berpengaruh signifikan positif terhadap kejadian stunting di Indonesia tahun 2021.
	Penulis : Priatmadani & Hanifah Ukti (2021)			
4	Judul: “Pengaruh Produksi Beras, Pendapatan Perkapita, Rata-Rata Lama Sekolah Wanita terhadap Stunting di DIY dengan Indeks Ketahanan Pangan Sebagai Variabel Intervening”	1. Metode Kuantitatif 2. Data Sekunder 3. Analisis Jalur (Path Analysis)	Variabel Intervening: Indeks Ketahanan Pangan Dependen : Prevalensi Stunting Independen : 1. Pengaruh Produksi Beras 2. Pendapatan Perkapita 3. Rata-Rata Lama Sekolah Wanita	1. Produksi Beras dan , Rata-Rata Lama Sekolah Wanita memiliki hubungan negatif dan berpengaruh signifikan terhadap Angka Stunting di DIY. 2. Pendapatan Perkapita memiliki hubungan positif, namun tidak berpengaruh signifikan terhadap Angka Stunting di Provinsi Daerh istimewa Yogyakarta.
	Penulis : Rian Marita Sugiarto (2023)			

5	<p>Judul: "Kejadian Stunting Balita ditinjau dari Aspek Kunjungan Posyandu dan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif"</p>	<p>1. Metode Kuantitatif 2. Data Primer 3. Metode Rasio Perbandingan</p>	<p>Dependen : 1. Prevalensi Stunting Independen : 1. Riwayat Kunjungan Ke posyandu 2. Pemberian Asi Eksklusif</p>	<p>1. Memiliki hubungan yang positif tetapi tidak signifikan antara frekuensi kunjungan posyandu dan asi eksklusif dengan kejadian <i>stunting</i> pada balita di wilayah puskesmas Kuin Raya Kota Banjarmasin</p>
<p>Penulis : Zuhrupal Hadi & Zacky Anwary (2022)</p>				
6	<p>Judul: "Health food consumption social economy and stunting Inci-Dency in Timor Leste"</p>	<p>1. Metode Kuantitatif 2. Data Primer 3. Metode Analisis Bivariat dan Multivariat</p>	<p>Dependen : 1. Balita stunting 2. Balita normal Independen : 1. Imunisasi 2. BBLR 3. Penyakit menular 4. Pola konsumsi anak (tingkat kecukupan energi) 5. ASI eksklusif 6. Pendidikan ibu 7. Pendapatan keluarga 8. Jumlah anggota keluarga</p>	<p>1. Status imunisasi, riwayat penyakit menular, pendapatan keluarga, pekerjaan ibu dan jumlah anggota keluarga berpengaruh positif signifikan terhadap stunting. 2. BBLR, Status kecukupan energi, ASI Eksklusif dan pendidikan ibu berpengaruh negative signifikan terhadap stunting.</p>
<p>Penulis : Pacheco Cipriano Rosrio, Intje Picauly, dan Mindo Sinaga (2017)</p>				
7	<p>Judul: "Impact of Health Infrastructure on Child Health in Punjab, Pakistan"</p>	<p>1. Metode Kuantitatif 2. Data Sekunder 3. Regresi Linear Berganda</p>	<p>Dependen : 1. Angka kematian bayi 2. Jumlah anak di bawah usia 5 tahun yang <i>underweight</i> Independen : 1. Jumlah rumah sakit 2. Jumlah apotik 3. Jumlah puskesmas ibu dan anak</p>	<p>Hasil penelitian menyimpulkan bahwa infrastruktur kesehatan merupakan faktor penentu penting kesehatan anak. Terdapat pengaruh positif yang kuat dari infrastruktur kesehatan dalam hal berbagai jenis rumah sakit, apotik, pusat kesehatan pedesaan dan pusat layanan kesehatan ibu dan anak terhadap kesehatan anak.</p>

			4. Jumlah puskesmas perdesaan	
			5. Sanitasi Layak	
			6. Sumber air minum	
			7. Rumah tangga yang menerima kiriman uang dari luar negeri	
			8. Kepemilikan rumah.	
8	<p>Judul: <i>“Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: a cross-sectional study”</i></p> <p>Penulis : Richard Semba, Saskia de Pee dkk (2008)</p>	1. Metode Kuantitatif 2. Data Primer 3. Model regresi logistik multivariat	<p>Dependen : 1. Kejadian Stunting</p> <p>Independen : 1. Pendidikan Ibu 2. Pendidikan Ayah 3. Tinggi badan ibu 4. Usia anak 5. Berat Lahir 6. Pengeluaran mingguan per kepala rumah tangga 7. Kondisi Lingkungan</p>	Hasil dari penelitian tersebut secara signifikan berpengaruh dengan kaitan penurunan kemungkinan terjadinya stunting Dampak pendidikan ibu terhadap stunting pada anak di Bangladesh hampir sama dengan di Indonesia; sebaliknya, pengaruh pendidikan ayah terhadap stunting jauh lebih kuat di Bangladesh dibandingkan di Indonesia.
9	<p>Judul: <i>“Determinants of the Stunting of Children Under Two Years Old in Indonesia: A Multilevel Analysis of the 2013 Indonesia Basic Health Survey”</i></p> <p>Penulis : Christiana Titaley, Iwan Ariawan dkk (2019)</p>	1. Metode Kuantitatif 2. Data Sekunder 3. Analisis bivariat, Regresi logistik, Model Adjusted odds ratio	<p>Dependen : 1. Prevalensi Stunting</p> <p>Independen : 1. Jumlah seluruh anggota rumah tangga 2. Jumlah balita dalam rumah tangga 3. Jenis bahan bakar yang digunakan untuk memasak 4. Sumber air 5. fasilitas sanitasi</p>	Terjadinya stunting di Indonesia dengan meningkatnya secara signifikan di antara rumah tangga yang memiliki tiga atau lebih anak balita, rumah tangga yang memiliki lima sampai tujuh anggota rumah tangga, ibu yang selama masa kehamilannya kurang menghadiri layanan antenatal, anak-anak yang berusia 12–23 bulan dengan memiliki berat lahir <2500 g. Selain itu, terjadinya stunting juga dapat meningkat dengan

			6. Indeks kekayaan rumah tangga	seiringnya penurunannya dari indeks kekayaan rumah tangga.
			7. Status Pendidikan ibu dan ayah	
			8. Status pekerjaan ibu dan ayah	
			9. Usia ibu saat melahirkan	
			10. Jumlah kunjungan antenatal	
			11. Jumlah suplemen zat besi yang digunakan selama kehamilan	
			12. Jenis kelamin anak	
			13. Berat badan anak	
			14. Usia hamil saat lahir	
			15. waktu menyusui setelah lahir	
			16. Riwayat diare	

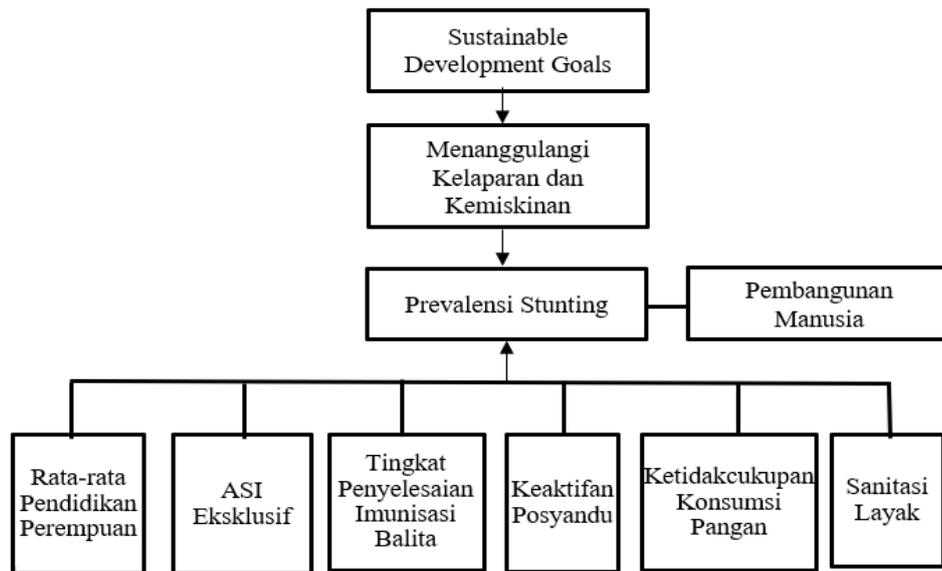
10	<p>Judul : “Faktor Ekonomi dan Sosial yang Mempengaruhi Kejadian Baalita Stunting di Kabupaten Lokus Stunting” (Studi Kasus : Puskesmas Banjar Agung)</p> <p>Penulis: Elsi Fitriani (2020)</p>	<p>1. Metode Kuantitatif</p> <p>2. Data Primer</p> <p>3. OLS</p>	<p>Dependen:</p> <p>1. Stunting</p> <p>Independen:</p> <p>1. Pendapatan Keluarga</p> <p>2. Pendidikan Ibu</p> <p>3. Jumlah Anggota Keluarga</p> <p>4. ASI Eksklusif</p> <p>5. Status Imunisasi</p>	<p>1. Pendapatan Keluarga, Pendidikan Ibu, Jumlah ASI Eksklusif dan Status Imunisasi berpengaruh negatif signifikan terhadap kejadian stunting.</p> <p>2. Jumlah anggota keluarga berpengaruh positif signifikan terhadap stunting.</p>
----	--	--	--	---

2.4 Kerangka Berpikir

Menanggulangi Kelaparan dan Kemiskinan termasuk kedalam malnutrisi yang merupakan tujuan dari program Sustainable Development Goals (SDGs). Hal ini terjadi karena pengaruhnya terhadap kualitas manusia dan produktivitas ekonomi. Sejak tahun 2017, Indonesia telah memasuki fase bonus demografi. Besarnya bonus demografi yang mendorong pembangunan ekonomi sangat bergantung pada kualitas masyarakatnya.

Salah satu permasalahan kesehatan yang masih di hadapi oleh Indoensia dalam permasalahan gizi ialah prevalensi stunting. Stunting terjadi karena terdapatnya perhambatan pertumbuhan yang diidentifikasi dengan pendeknya panjang badan/tinggi badan dibandingkan perkembangan dari anak seusianya. Dampak jangka panjang stunting meliputi turunnya tingkat produktivitas, akibatnya seseorang yang mengalami stunting saat akan bekerja berpotensi untuk memperoleh penghasilan yang lebih rendah. Menurut TNP2K (2017) yang menjadi faktor-faktor penyebab balita stunting sebagai berikut:

1. Praktik mengasuh terhadap anak yang masih buruk, terkhusus rendahnya pengetahuan ibu tentang kesehatan, edukasi gizi sebelum, selama kehamilannya, lalu sesudahnya melahirkan. Sebagai contoh pengetahuan akan pentingnya pemberian berikan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif saat balita berusia 0-6 bulan.
2. Rendahnya pelayanan kesehatan terlihat pada *ANC-Ante Natal Care* (layanan kesehatan bagi ibu selama hamil) *Post Natal Care* dan pendidikannya anak usia dini tidak mempunyai kualitas. Sebagai contoh tingkat kehadiran anak di posyandu untuk bisa akses memadai seperti pemberian imunisasi.
3. Akses makanan tinggi gizi masih kurang pada rumah tangga (keluarga).
4. Serta air bersihnya lalu sanitasi lingkungan masih kurang.



Gambar 2.5 Kerangka Pemikiran

2.5 Hipotesis

Hipotesis yang digunakan adalah dugaan sementara yang perlu dibuktikan kebenarannya. Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Diduga rata-rata pendidikan perempuan berpengaruh negatif terhadap prevalensi balita stunting di 34 provinsi Indonesia tahun 2017-2022.
2. Diduga ASI eksklusif berpengaruh negatif terhadap prevalensi balita stunting di 34 provinsi Indonesia tahun 2017-2022.
3. Diduga tingkat penyelesaian imunisasi balita berpengaruh negatif terhadap prevalensi balita stunting di 34 provinsi Indonesia tahun 2017-2022.
4. Diduga keaktifan posyandu berpengaruh negatif terhadap prevalensi balita stunting di 34 provinsi Indonesia tahun 2017-2022.
5. Diduga ketidakcukupan konsumsi pangan berpengaruh positif terhadap prevalensi balita stunting di 34 provinsi Indonesia tahun 2017-2022.
6. Diduga sanitasi layak berpengaruh negatif terhadap prevalensi balita stunting di 34 provinsi Indonesia tahun 2017-2022.

III. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis, Sumber Data dan Variabel Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif berupa data sekunder yang terdapat di Badan Pusat Statistik (BPS) dari Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Kementerian Kesehatan di Indonesia tahun 2017-2022. Penelitian ini bertujuan untuk menemukan determinan dari Prevalensi Balita Stunting yang diukur menggunakan Prevalensi Stunting. Penelitian ini menggunakan data 34 Provinsi di Indonesia yang menjadi subjek pada penelitian ini dengan periode 2017-2022.

Tabel 3.1 Daftar Variabel

Variabel	Simbol	Satuan	Sumber Data
Prevalensi Stunting	PS	Persen	Kementerian Kesehatan
Rata-rata lama sekolah Perempuan	PP	Persen	BPS
Persentase bayi dibawah 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif	AE	Persen	BPS
Persentase yang mencapai 80% Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi	IB	Persen	Kementerian Kesehatan
Persentase dengan minimal 80% Posyandu Aktif	PA	Persen	Kementerian Kesehatan
Prevalensi Ketidacukupan Konsumsi Pangan	KP	Persen	BPS
Persentase Rumah Tangga yang memiliki Akses terhadap Sanitasi Layak	SL	Persen	BPS

3.2 Definisi Operasional Variabel

Variabel merupakan suatu ciri khas, jumlah, atau besaran bisa terukur maupun dihitung. Variabel Penelitian adalah semua entitas yang berwujud apapun yang ditentukan dari peneliti yang diamati sampai didapatkan informasi tentang hal itu, selanjutnya peneliti bisa memperoleh kesimpulan pada informasi yang didapatkan. Penelitian ini memakai dua variabel, variabel *Independen* dan variabel *dependen*.

3.2.1 Variabel Terikat (Dependent Variable)

Variabel terikat pada penelitian ini merupakan Prevalensi Stunting dengan indikator pengukuran stunting menurut Panjang Badan/Umur (PB/U) atau Tinggi Badan/Umur (TB/U) berdasarkan usianya. Menurut WHO (2005) dengan angka *z score* kurang dari -2 standar deviasi. Rumus prevalensi stunting ialah :

$$\frac{\text{Jumlah anak stunting}}{\text{Jumlah anak yang diukur}} \times 100\%$$

3.2.2 Variabel Bebas (Independent Variabel)

Dalam penelitian ini, variabel bebas yang digunakan adalah :

a. Rata-rata Pendidikan Perempuan

Penelitian ini menggunakan data dari rata-rata lama sekolah menjadi alat ukur rata-rata pendidikan perempuan. Dimana yang memperoleh seluruh macam pendidikannya setelah mereka berusia 15 tahun keatas. Variabel ini menggunakan satuan persen.

b. Asi Eksklusif

Asi Eksklusif ditunjukkan dengan angka persentase bayi yang dibawah 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif. dengan tak diberikan makanan maupun minuman lainnya. Variabel ini menggunakan satuan persen.

b. Tingkat Penyelesaian Imunisasi Balita

Tingkat penyelesaian imunisasi balita dalam penelitian ini memakai data persentase yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi usia 0-12 bulan. Dengan satuan variabel adalah persen sebagai alat ukur dari tingkat penyelesaian imunisasi balita pada penelitian ini. Imunisasi yang

diperoleh pada bayi tersebut yang terdiri dari *Hepatitis B*, *Bacile Calmette-Guerin* (BCG), DPT-HB-HiB, polio tetes, campak/MR.

c. Keaktifan Posyandu

Keaktifan posyandu ditunjukkan dengan persentase dengan minimal 80% posyandu aktif per provinsi di Indonesia. dengan frekuensi lebih dari 8 kali setahun dan mempunyai jumlah kader minimal sejumlah 5 orang atau lebih (Kemenkes,2020). Variabel ini menggunakan satuan persen.

d. Ketidacukupan Konsumsi Pangan

Ketidacukupan Konsumsi Pangan ditunjukkan dengan kasus tak cukupnya konsumsi pangan (*Prevalence of Undernourishment* (PoU)) dimana itu keadaan individu yang mengkonsumsi lebih sedikit makanan guna mempertahankan energi dalam hidup sehat dan aktif serta produktif dalam bentuk persentase energi normal rata-rata individu (Bappenas, 2020). Variabel ini menggunakan satuan persen.

e. Sanitasi layak

Sanitasi layak merupakan angka yang menunjukkan persentase banyaknya rumah tangga yang memiliki akses sanitasi layak. Variabel ini adalah satuan persen.

3.3 Batasan Penelitian

Batasannya penelitian ini yakni hanya dengan menggunakan 34 provinsi di Indonesia, serta mempunyai fokus untuk mencari determinan dari prevalensi stunting di Indonesia, yang menggunakan variable Rata-rata Pendidikan Perempuan, ASI Eksklusif, Tingkat Penyelesaian Imunisasi Balita, Keaktifan Posyandu, Ketidacukupan Konsumsi Pangan, Sanitasi Layak serta Prevalensi Stunting ialah variabel *dependen-nya* , dengan periode waktu 2017-2022.

3.4 Metode Analisis Data

Dalam penentuan faktor-faktor yang mempengaruhi Prevalensi Stunting di 34 Provinsi di Indonesia maka menggunakan persamaan regresi yang datanya panel. Variabel *dependen* penelitian ini ialah prevalensi stunting, sedangkan untuk variabel

bebas yang digunakan di penelitian ini ialah rata-rata pendidikan perempuan , ASI eksklusif, tingkat penyelesaian imunisasi balita, keaktifan posyandu, ketidacukupan konsumsi pangan dan sanitasi layak. Untuk itu fungsi persamaan yang dipakai dalam penelitian ini adalah :

$$Y_{1it} = \beta_0 + \beta_1 x_{1it} + \beta_2 x_{2it} + \beta_3 x_{3it} + \beta_4 x_{4it} + \beta_5 x_{5it} + \beta_6 x_{6it} + e_{it}$$

Berikutnya fungsi tersebut diperincikan ke dalam model sebagai berikut:

$$PS_{it} = \beta_0 + \beta_1 SP_{it} + \beta_2 AE_{it} + \beta_3 IB_{it} + \beta_4 PA_{it} + \beta_5 KP_{it} + \beta_6 SL_{it} + e_{it}$$

Keterangan :

$\beta_1 \beta_6$: Koefisien Regresi (<i>slope</i>)
PS	: Prevalensi Stunting
SP	: Rata-rata Pendidikan Perempuan
AE	: ASI Eksklusif
IB	: Tingkat Penyelesaian Imunisasi Balita
PA	: Keaktifan Posyandu
KP	: Ketidacukupan Konsumsi Pangan
SL	: Sanitasi Layak
e	: Variabel Pengganggu
i	: Jenis provinsi yang menunjukkan data <i>cross section</i>
t	: Waktu yang menunjukkan <i>time series</i>

3.4.1 Regresi Data Panel

3.4.2 Pemilihan Model Data Panel

Pengumpulan data (*dataset*) dikenal dengan analisis data panel yang meneliti perilaku unit *cross-section* (misalnya negara/provinsi atau perusahaan) diamati dari waktu ke waktu. Menurut Gujarati (2003) mengemukakan bahwa metode data panel yang mempersatukan dua jenis data, *cross-section* dan *time series* mempunyai sebagian kelebihan jika disamakan melalui pendekatan standarnya *cross-section* ataupun *time series* :

1. Kombinasi data *time series & cross section*, menghasilkan korelasi antar variabel lebih bervariasi, pada uji kolinearitas antar variabel berpotensi rendah, memiliki *degree of freedom* lebih besar serta lebih efisien.
2. Analisis data *cross-section* selama beberapa periode menjadikan data panel tepat untuk studi peralihan dinamis.
3. Data panel dapat mengidentifikasi atau mengukur pengaruh yang tak bisa diamati dengan data *time series* maupun data *cross-section*.
4. Data panel berpotensi untuk mencermati pola perilaku dimana lebih pelik.

Didapatkan tiga metode estimasi regresi data panel, yaitu *Common Effect*, *Fixed Effect*, dan *Random Effect Model*.

1. Common Effect Model (CEM)

CEM ialah mempersatukan semua data dengan tak mencermati objek juga waktu. Model ini berspekulasi bahwa masing-masing *intercept* serta *slope* ialah sama bagi seluruh *time series* serta *cross section*. Menurut Ghazi dan Hermansya (2018) bahwa metode kuadrat terkecil *Ordinary Least Square* (OLS) dapat menghitung di pendekatan ini.

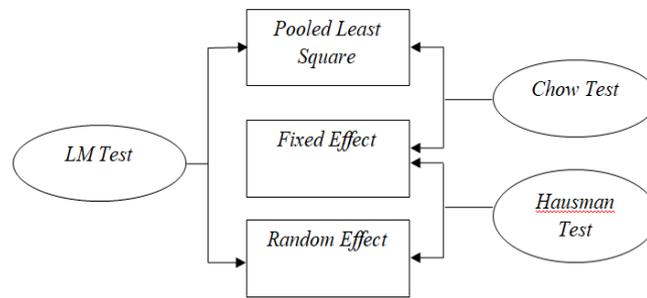
2. Fixed Effect Model (FEM)

Menurut Gujarati dan Dawn (2009) untuk mencermati *heterogenitas cross section* bagi regresi model data panel ialah dengan memperkenalkan data *intercept* yang berbeda bagi tiap *cross section* namun masih memperkirakan slope konstan metode pendekatan *fixed effect model* memakai metode pertambahan dari variabel *dummy* atau *Least Square Dummy Variable* (LSDV) (Baltagi, 2005 dalam Ghazi, 2018).

3. Random Effect Model (REM)

REM ialah model dimana memungkinkan variabel pengganggu digabungkan antar individu dari waktu ke waktu. Model ini paling berguna ketika sampel data individu dipilih secara random untuk mewakili sesuatu populasi. Metode yang tepat dipakai dalam pengestimasi *random effect model* ialah *Generalized Least Square* (GLS) (Widarjono, 2013). Guna menentukan model yang paling tepat

dipergunakan dalam penelitian, dilakukannya sejumlah uji:



Gambar 3.4 Alur Pemilihan model Data Panel.

1. Uji Chow

Pada penelitian di metode ini untuk mengetahui mana model lebih baik digunakan antara model FEM ataukah model CEM/PLS dengan melihat hasil nilai probabilitas (P-value). Pendekatan ini menggunakan persamaan hipotesis sebagai berikut untuk mengetahui model yang terbaik digunakan :

- 1) H_0 : CEM/PLS
- 2) H_a : FEM

Dengan kriteria kesimpulan :

Saat $P\text{-value} < (\alpha)$, maka ditolaknya H_0

Saat $P\text{-value} > (\alpha)$, maka diterimanya H_0

2. Uji Hausman

Guna memilih metode apa akan dipakai diantara FEM ataukah REM di dalam estimasi regresi data panel, hipotesisnya :

- 1) H_0 : REM
- 2) H_a : FEM

Dengan kriteria kesimpulan :

Jika $P\text{-value} < (\alpha)$, maka ditolaknya H_0

Jika $P\text{-value} > (\alpha)$, maka diterimanya H_0

3. Uji Lagrange Multiplier (LM)

Menurut Widarjono (2013) uji ini guna meninjau uji model terbaik diantara CEM

ataukah REM. Untuk Random Effect dalam uji signifikansi dikembangkan dari *Breusch Pagan*. Hipotesisnya:

$H_0 = \text{CEM}$

$H_a = \text{REM}$

Dengan kriteria kesimpulan :

Jika P-value $< (\alpha)$, maka ditolak H_0

Jika P-value $> (\alpha)$, maka diterimanya H_0

3.5 Uji Asumsi Klasik

3.5.1 Uji Normalitas

Pada pengujian ini guna mencari tahu *error term* normal atukah tidak, atau melihat pembagian sebaran data (residu) yang tersebar normal atukah tidaknya. Metode dipakai dalam pengujian normalitas ialah *Jarque-Berra Test* dan juga *graphic*. Pada JB Test di lihat dari nilai *skewness* dan *kurtosis*. Oleh karena itu hipotesis yang dihasilkan ialah H_0 artinya data residunya normal tersebarnya dan H_a data tersebarnya tak normal. Kriteria JB-nya yakni:

- 1) H_0 : Residual berdistribusi normal saat probabilitas J-B $> level\ of\ sig. (\alpha) 5\%$
- 2) H_a : Residual tidak berdistribusi normal jika probabilitas J-B $< level\ of\ sig. (\alpha) 5\%$

3.5.2 Uji Multikolinearitas

Uji multikolinearitas diperlukan guna mencari tahu ada tidaknya hubungan diantara variabel bebas pada model regresi. Multikolinearitas merupakan sebuah kondisi saat satu atau bahkan lebih variable bebas dikatakan keadaan linier dengan variable lainnya. Hipotesis pada uji ini yaitu:

H_0 : Saat *R square* $<$ koef. Korelasinya, tak ada multikolinearitas

H_a : Saat *R square* $>$ koef. Korelasinya, ada multikolinearitas

Apabila koef. antar variabel *independent* $> 0,8$ sehingga model regresi terkena multikolinearitas. Saat koef $< 0,8$ tak ada multikolinearitas (Gujarati, 2006).

3.5.3 Uji Heteroskedastisitas

Uji heteroskedastisitas memiliki tujuan guna mengujikan dalam suatu model regresi adakah ketidakselarasan *varians residual* sebuah observasi yang satu dengan yang lainnya (Ghozali, 2018). Saat *varians* residuanya sama antar satu observasi satu dengan observasi lainnya, sehingga dikatakan *homoskedastisitas* lalu bila tak sama, ia heteroskedastisitas. Model terbaik untuk digunakan ialah heteroskedastisitas. Guna meninjau terdapat atau tidaknya heteroskedastisitas dapat menggunakan uji Glejser, yang merupakan meregresi nilai *absolut residu* terhadap variabel bebas. Untuk kriteria penggunaan heteroskedastisitas atau tidak terjadinya heteroskedastisitas jika nilai sig. variabel tersebut $> 0,05$.

3.5.4 Uji Autokorelasi

Uji autokorelasi bertujuan menguji adanya atau tidaknya hubungan antara *error term periode x* dengan *error term* pada periode $x-1$ atau sebelumnya (Budiman, 2020). Uji autokorelasi di uji Durbin Watson (DW Test) memiliki aturannya yakni:

$0 < d < dL$: Tolak H_0 , terdapat autokorelasi positif
$dL < d < dU$: Daerah keraguan
$dU < d < 4 - dU$: Gagal tolak H_0 , autokorelasi tidak ada
$4 - dU < d < 4 - dL$: Daerah keraguan
$4 - dL < d < 4$: Tolak H_0 , adanya autokorelasi negatif.

3.6 Uji Statistik

3.6.1 Uji Parsial (Uji T)

Tujuannya guna meninjau berapa besarnya signifikansi pengaruhnya variabel bebas pada variabel terikat di $\alpha=5\%$. Karakteristik dari hipotesisnya:

H_0 : $\beta_1 = 0$. Artinya variabel rata-rata pendidikan perempuan tidak berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting.

H_a : $\beta_1 \leq 0$. Artinya variabel rata-rata pendidikan perempuan berpengaruh negatif terhadap prevalensi balita stunting.

H_0 : $\beta_2 = 0$. Artinya variabel ASI eksklusif tidak berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting.

$H_a : \beta_2 \leq 0$. Artinya variabel ASI eksklusif berpengaruh negatif terhadap prevalensi balita stunting.

$H_0 : \beta_3 = 0$. Artinya variabel tingkat penyelesaian imunisasi balita tidak berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting.

$H_a : \beta_3 \leq 0$. Artinya variabel tingkat penyelesaian imunisasi balita berpengaruh negatif terhadap Prevalensi Balita Stunting.

$H_0 : \beta_4 = 0$. Artinya variabel persentase keaktifan posyandu tidak berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting.

$H_a : \beta_4 \leq 0$. Artinya variabel persentase keaktifan posyandu berpengaruh negatif terhadap prevalensi balita stunting.

$H_0 : \beta_5 = 0$. Artinya variabel ketidacukupan konsumsi pangan tidak berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting.

$H_a : \beta_5 \geq 0$. Artinya variabel ketidacukupan konsumsi pangan berpengaruh positif terhadap prevalensi balita stunting.

$H_0 : \beta_6 = 0$. Artinya variabel sanitasi layak tidak berpengaruh terhadap prevalensi balita stunting.

$H_a : \beta_6 \leq 0$. Artinya variabel sanitasi layak berpengaruh negatif terhadap prevalensi balita stunting.

Kriteria pengambilan keputusan uji t;

- 1) Jika t hitung $>$ t tabel, maka H_0 ditolak, terima H_a . Variabel bebas berpengaruh terhadap variabel terikat.
- 2) Jika t hitung $<$ t tabel, maka H_0 diterima, tolak H_a . Variabel bebas tidak mempengaruhi variabel terikat.

3.6.2 Uji F statistik

Uji F dilakukan guna mengetahui semua variabel independen simultan dapat berpengaruhnya pada variabel dependen ataukah tidak. Hipotesisnya:

$H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_5 = \beta_6 = 0$, Rata-rata Pendidikan Perempuan, ASI Eksklusif, Tingkat Penyelesaian Imunisasi Balita, Keaktifan Posyandu, Ketidacukupan Konsumsi Pangan dan Sanitasi Layak tidak berpengaruh secara signifikan terhadap Prevalensi Stunting.

$H_a : \beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq \beta_4 \neq \beta_5 \neq \beta_6 \neq 0$, Rata-rata Pendidikan Perempuan, ASI Eksklusif, Tingkat Penyelesaian Imunisasi Balita, Keaktifan Posyandu, Ketidacukupan Konsumsi Pangan dan Sanitasi Layak berpengaruh secara signifikan terhadap Prevalensi Stunting.

Menggunakan tingkat $\alpha = 0.05$, apabila $F_{hitung} > F_{tabel}$ berarti ada pengaruh variabel independen ke dependen secara simultan. Sebaliknya, jika $F_{hitung} < F_{tabel}$ artinya tidak ada pengaruh yang simultan antara variabel independen ke (Widarjono, 2019).

3.6.3 Uji Koefisien Determinasi (R^2)

Uji R^2 untuk mengukur berapa jauhkah kesanggupan model untuk menjabarkan variabel dependennya. Nilai koefisien determinasi diantara 0-1. Nilai R^2 kecil artinya kesanggupan variabel bebas untuk menerangkan variabel dependen sangat terbatas. Nilai yang hampir mencapai satu artinya variabel independen mampu hampir menjabarkan keseluruhan informasi diperlukan dalam memproyeksikan variabel dependen (Widarjono, 2013).

V. SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis pengaruh dari Rata-rata Pendidikan Perempuan, ASI Eksklusif, Imunisasi Balita, Keaktifan Posyandu, Ketidalcukupan Konsumsi Pangan dan Sanitasi Layak terhadap Prevalensi Stunting di 34 provinsi Indonesia pada tahun 2017-2022. Sehingga didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Rata-rata pendidikan perempuan berpengaruh negatif signifikan terhadap prevalensi stunting di Indonesia.
2. ASI eksklusif berpengaruh negatif secara signifikan terhadap prevalensi stunting di Indonesia.
3. Imunisasi balita tidak berpengaruh secara signifikan terhadap prevalensi stunting di Indonesia.
4. Keaktifan posyandu berpengaruh negatif signifikan terhadap prevalensi stunting di Indonesia.
5. Ketidalcukupan konsumsi pangan berpengaruh negatif signifikan terhadap prevalensi stunting di Indonesia.
6. Sanitasi layak berpengaruh negatif signifikan terhadap prevalensi stunting di Indonesia.
7. Rata-rata pendidikan perempuan, ASI eksklusif, imunisasi balita, keaktifan posyandu, ketidalcukupan konsumsi pangan, sanitasi layak secara bersama-sama berpengaruh terhadap prevalensi stunting di Indonesia

5.2 Saran

Berdasarkan hasil pengolahan data dan pembahasan yang sudah dilakukan, maka diharapkan dapat digunakan sebagai pertimbangan untuk penelitian selanjutnya dan menjadi bahan pertimbangan para pemangku kepentingan sebagai berikut :

1. Pemerintah dapat memprioritaskan faktor-faktor yang mempengaruhi terhadap prevalensi stunting tersebut. Melalui pemberian pendidikan dan pelayanan kesehatan yang memadai kepada ibu dan calon ibu. Diharapkannya intervensi tersebut dilakukan secara komprehensif, tidak hanya di daerah lokasi khusus stunting saja.
2. Tenaga kesehatan dapat memberikan edukasi gizi dan kesehatan kepada kelompok sasaran seperti ibu hamil atau ibu yang mempunyai baduta. Sehingga didapatkan pengetahuan yang baik akan perubahan perilaku kesehatannya. Dan rutinnnya kegiatan posyandu digalakkan tiap bulan agar terpantaunya status gizi balita secara rutin.
3. Masyarakat atau khususnya ibu yang mempunyai baduta agar sebaiknya menjaga gaya hidup sehat dan menjaga pola makan yang baik, serta rajin untuk mencari tentang informasi terkait pencegahan agar tidak terjadi stunting.
4. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan mampu memperbaharui data (tahun) guna menganalisis determinan stunting di Indonesia, sehingga sehingganya mampu membuat saran akan kebijakan terbaru lebih tepat juga spesifik.

DAFTAR PUSTAKA

- Adair, L.S. et al. (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), pp. 525–534. doi:10.1016/S0140-6736(13)60103-8.
- Adriani, M., & Wirjatmadi, B. (2014). *Gizi dan Kesehatan Balita (Peranan Mikro Zink dalam Pertumbuhan Balita)*. Jakarta: Kencana.
- AKG. (2019). *Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Untuk Masyarakat Indonesia. Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2019*.
- Alan, K. M. A., Altman, Y., & Roussel, J. (2008). Employee Training Needs and Perceived Value of Training in the Pearl River Delta of China : A Human Capital Development Approach. *Journal of European Industrial Training*, 32(1), 19-31.
- Alta, & Aditya. (2023). *Hambatan dalam Mewujudkan Konsumsi Pangan yang Lebih Sehat: Kasus Kebijakan Perdagangan dan Pertanian*. Jakarta: Center for Indonesian Policy Studies (CIPS).
- Amalia, & Lia. (2007). *Ekonomi Pembangunan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Ananda, C. F. (2020). *Polemik Stunting dan Pembangunan*. Fakultas Ekonomi dan Bisnis. Universitas Brawijaya.
- Anekwe T D, & Kumar S. (2012). The effect of a vaccination program on child anthropometry: evidence from India’s Universal Immunization Program. *Journal of Public Health*, 4, 489–497.
- Aridiyah, O., Rohmawati, N., & Ririanty, M. (2015). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Pedesaan dan Perkotaan (The Factors Affecting Stunting on Toddlers in Rural and Urban Areas). -*Jurnal Pustaka Kesehatan*, 3(1).
- Aritonang, A. (2003). *Penilaian Status Gizi Masyarakat*. Semarang: Akademi Gizi.
- Arlus, A., Sudargo, T., Subejo. (2017). Hubungan Ketahanan Pangan Keluarga Dengan Status Gizi Balita (Studi Di Desa Palasari Dan Puskesmas Kecamatan Legok, Kabupaten Tangerang). *Jurnal Ketahanan Nasional*. Vol 23(3).
- Asian Development Bank. (2017-2022). *Prevalence Of Stunting Among Children Under 5 Years Of*

- Astuti, Y. (2022). Pengaruh Sanitasi dan Air Minum Terhadap Stunting di Papua dan dan Papua Barat. *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 16(3), 261–267.
- Astutik, Zen R, & Ronny A. (2017). Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Anak Balita Usia 24-59 Bulan (Studi Kasus Di Wilayah Kerja Puskesmas Gabus di Kabupaten Pati Tahun 2017). *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNDIP*, 6(1), 409–418.
- Ayuningtyas, Demsa, S., & Ahmad, R. (2018). Asupan Zat Gizi Makro dan Mikro terhadap Kejadian Stunting pada Balita. *Jurnal Kesehatan*, 9(3), 444–449.
- Badan Pusat Statistik (2017-2022). *Persentase rumah tangga yang memiliki sanitasi layak di 34 provinsi di Indonesia (%)*.
- Badan Pusat Statistik (2017-2022). *Prevalensi ketidakcukupan konsumsi pangan di Indonesia (%)*.
- Badan Pusat Statistik (2017-2022). *Rata-rata lama sekolah perempuan di 34 provinsi di Indonesia (%)*.
- Bagcchi, S. (2015). India' s poor sanitation and hygiene practices are linked to stunting in children. *study finds*.
- Baltagi, B. (2005). *Econometric Analysis of Panel Data*, Ed.3. *John Wiley & Sons, Ltd, England*.
- Bappenas. (2018). *Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi Di Kabupaten Kota*.
- Bappenas. (2018). *Penurunan Prevalensi Stunting Proyek Prioritas Nasional*.
- Bappenas. (2020). *Pilar Pembangunan Sosial*.
- Berg A, Muscat R, & J. (1985). Faktor Gizi (Di-Indonesiakan oleh Achmad Djaeni Sediaoetama). *Jakarta: Bhratara Karya Aksara*.
- BKKBN. (2021). *Paduan Pelaksanaan Pendampingan Keluarga dalam Upaya Percepatan Penurunan Stunting di Tingkat Desa/Kelurahan*. *Jakarta: Direktorat Bina Penggerakan Lini Lapangan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional*.
- BPS. (2020). *Indikator Perumahan dan Lingkungan 2020*. *Jakarta*.
- Brown, J., Cairncross, S., Ensink, J., H, & J. (2013). Water, Sanitation, Hygiene and Enteric Infections In Children. *Archives of Disease in Childhood*, 98(8), 629–634.

- Budiman, A. (2020). Cetakan ke VIII. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Cahyono F, Manongga S, P., & PI. (2016). Faktor Penentu Stunting pada Anak Balita. *Jurnal Gizi Pangan*, 11(1), 9–18.
- Chairunnisa, C., & Gunarto, T. (2023). Pengaruh Pengeluaran Non Makanan Per Kapita, Tingkat Kemiskinan, dan Perempuan Sebagai Tenaga Profesional Terhadap IPM Di Provinsi Lampung Periode 2017-2021. *Journal on Education*, 6(1), 7350-7358. <https://doi.org/10.31004/joe.v6i1.3998>.
- Damanik P E G, Siregar M A, & Aritonang E Y. (2014). Hubungan Status Gizi, Pemberian ASI Eksklusif, Status Imunisasi Dasar dengan Kejadian infeksi Saluran Akut (ISPA) pada anak usia 12-24 Bulan di wilayah kerja puskesmas glugur daerah kota medan. *Jurnal Gizi, Kesehatan Reproduksi dan Epidemiologi*, 1(4), 1–7.
- De Onis M, & Branca. (2016). Childhood Stunting: A Global Perspective. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12231>.
- Depkes RI. (2004). Hygiene Sanitasi Makanan dan Minuman. *Ditjen PPM dan PL Jakarta*.
- Depkes Ri. (2008). *Strategi nasional sanitasi total berbasis masyarakat*.
- Depledge, D. (1997). Sanitation For Small Island: Guidelines for Selection and Development. *SOPAC (South Pacific Applied Geoscience Commission), Suva, Fiji*.
- Desyanti, C. (2017). Hubungan Riwayat Penyakit Diare dan Praktik Higiene dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Simolawang, Surabaya. *Amerta Nutrition*, 1(3), 243–251.
- do Rosario Pacheco, C., Picauly, I., & Sinaga, M. (2017). Health, food consumption, social economy, and stunting incidence in Timor Leste. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 13(2), 261-269.
- Elfindri. (2003). Ekonomi layanan kesehatan. *Andalas University Press*, 173.
- Ernawati, F., Rosmalina, Y., & Purnamasari, Y. (2013). Effect of The Pregnant Women's Protein Intake and Their Baby Length at Birth To the Incidence of Stunting Among Children Aged 12 Months. *Penelitian Gizi dan Makanan*, 36(1), 1–11.
- Faiqoh, Al, S., & Kartini, A. (2018). Hubungan Ketahanan Pangan Keluarga dan Tingkat Kecukupan Zat Gizi dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan di Daerah Pesisir (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 6(5), 413–421.

- Fajariyah, R., & Hidajah, A. (2020). Hubungan Status Imunisasi Anak dan Tinggi Ibu dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 2-5 Tahun di Indonesia. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 8(1), 89–96.
- Fatmawati. (2015). Analisis Penawaran Tenaga Kerja Wanita Nikah Sektor Informal di Kota Makassar. *Makassar*.
- Fitriana. (2021). Hubungan umur ibu saat melahirkan dengan kejadian stunting pada balita usia 24-59 bulan di wilayah kerja puskesmas bangkalan. *STIKes Ngudia Husada Madura*.
- Fitriani, E., Emalia, Z., Maimunah, E., & Hamzah, L. (2020). Faktor Ekonomi dan Sosial yang Mempengaruhi Kejadian Balita Stunting di Kabupaten Lokus Stunting (Studi Kasus : Puskesmas Banjar Agung). *Universitas Lampung*.
- Frank, R. H., & Brnanke, B. S. (2007). Principles of Microeconomics (3rd ed). *New York : McGraw-Hill/Irwin*.
- Ghozali, I. (2013). Aplikasi Analisis Multivariat dengan Program IBM SPSS. Edisi 7. *Semarang: Penerbit Universitas Diponegoro*.
- Ghozali, I. (2016). Aplikasi Analisis Multivariat Dengan Program IBM SPSS 23 (Edisi 8). *Cetakan ke VIII. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro*.
- Ghozi, S., & Hadi, Hermansyah. (2018). Analisis Regresi Data Panel Profitabilitas Bank Pembangunan Daerah (BPD) Di Indonesia. Analisis Regresi Data Panel Profitabilitas Bank Pembangunan Daerah (BPD) Di Indonesia. *Jurnal Matematika, Vol. 8, No.1*.
- Gillani, S., Bhatti, M. A., Ali, A., & Ahmad, T. I. (2022). Impact of Health Infrastructure on Child Health in Punjab, Pakistan. *Review of Economics and Development Studies*, 8(2), 85-96.
- Grantham-McGregor S, Cheung YB, C. S., & Glewwe P. (2007). The international child development steering group: Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369(9555), 60–70.
- Gujarati, D. (2003). *Econometrics by example second edition*. 466.
- Gujarati, D. (2006). *Ekonometrika Dasar*. *Jakarta: Penerbit Erlangga*.
- Gujarati, D. N., & Dawn, P. (2009). *Basic Econometrics Fifth Edition*. *New York: McGraw-Hill/Irwin*.
- Hadi, H., Irwanti, W., Kusuma, C., & Ischaq Nabil Asshiddiqi, M. (2021). Exclusive breastfeeding protects young children from stunting in a low-

- income population: A study from eastern indonesia. *Nutrients*.
doi:10.3390/nu13124264, 13(12).
- Hadi, Z., Anwary, A. Z., & Asrinawaty, A. (2022). Kejadian Stunting Balita ditinjau dari Aspek Kunjungan Posyandu dan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 11(1), 01-13.
- Haile, Demwoz, Azage Muluken, Mola Tegegn, & Rainey Rochelle. (2016). Exploring spatial variations and factors associated with childhood stunting in Ethiopia: spatial and multilevel analysis. *Eithopia: BMC Pediatrics*.
- Harda, F., Az-zahra, N., Ardhana, S., & Cantika, V. (2023). Dampak Program Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif, Pendidikan Perempuan, dan Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap Tingkat Stunting di Indonesia. *Universitas Padjajaran*.
- Hariyanto, S. (2023). Optimalisasi peran posyandu dalam mengurangi stunting di desa Randegan kecaatan Kebasen kabupaten Banyumas. *UIN Prof. K.H. Saifuddin Zuhri Purwokerto*.
- Hasanah I, & Susanti H. (2018). *Does water and sanitation effects on children's physical development? Evidence from Indonesia Family life Survey (IFLS) 2014*.
- Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Kementerian Kesehatan. (2017-2022). *Prevalensi stunting di 34 provinsi di Indonesia*.
- Henningham, & McGregoroR. (2008). Public Health Nutrition editor M.J. Gibney, et al (alih bahasa: Andry Hartono). *Jakarta: EGC*.
- Hidayat, A. (2007). Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data. Jakarta : Salemba Medika.
- Himawan, W. (2016). Hubungan antara karakteristik ibu dengan status gizi balita di Kelurahan Sekaran Kecamatan Gunungpati Semarang. *Universitas Negeri Semarang*.
- Hindrawati N, & Rusdiarti. (2018). Gambaran riwayat pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan di Desa Arjasa Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember. *JKAKJ*, 2(1), 1–7.
- Hubeis, A. (2016). Pemberdayaan Perempuan dari Masa ke Masa. *IPB Press. Bogor*.
- Indrawati, S., & Warsiti. (2016). Hubungan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada anak usia 2-3 tahun di Desa Karangrejek Wonosari Gunungkidul.

- Indrianti, R. (2018). Peran Kelengkapan Imunisasi Dasar Dalam Tumbuh Kembang Anak Usia 1-3 Tahun Di Posyandu Dewi Sawitri Kartasura. "*KOSALA*" *JIK*, Vol.6 No.1.
- Infodatin. (2018). Menyusui Sebagai Dasar Kehidupan. n. Jakarta. *Kemenkes RI*.
- Istiqomah, N. (2022). Pengaruh Ketidakcukupan Konsumsi Pangan, Kerawanan Pangan, dan Keragaman Pangan terhadap Penurunan Prevalensi Stunting di Indonesia. *BESTARI: Buletin Statistika dan Aplikasi Terkini*, 11(2).
- Judge, T. A., & Cable, D. M. (2004). The Effect of Physical Height on Workplace Success and Income: Preliminary Test of a Theoretical Model. The Effect of Physical Height on Workplace Success and Income: Preliminary Test of a Theoretical Model. *Journal of Applied Psychology*, 89(3), 428–4413.
- Kemenkes. (2011). Situasi Diare di Indonesia. *Buletin Jendela dan Data Informasi Kesehatan, Triwulan II 2011*.
- Kemenkes. (2018). *Cegah Stunting Itu Penting*.
- Kemenkes. (2018). Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia. *Jakarta Selatan: Kemenkes RI Pusat Data dan Informasi*.
- Kemenkes RI. (2011). Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. *Jakarta: Kemekes RI*; .
- Kemenkes RI. (2013). *Stunting dan Masa Depan Indonesia*.
- Kemenkes RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 Tentang Klinik. *akarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014*, 7, 219–232.
- Kemenkes RI. (2016). Hasil pemantauan status gizi (PSG) dan penjelasannya tahun 2016. *Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI; 2017*.
- Kemenkes RI. (2017). Buku Saku Pemantauan Status Gizi (PSG). *Jakarta*.
- Kemenkes RI. (2018). *Buletin Stunting. Kementerian Kesehatan RI*. 301((5)), 1163–1178.
- Kemenkes RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019*.
- Kementerian Kesehatan (2017-2022). *5 Persentase yang mencapai 80 % posyandu aktif di Indonesia (%)*.
- Kementerian Kesehatan (2017-2022). *Persentase bayi dibawah 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif di 34 provinsi di Indonesia (%)*.

- Kementerian Kesehatan (2017-2022). *Persentase yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi Di 34 provinsi di Indonesia (%)*.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA). (2018). *Profil Anak Indonesia 2018. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA)*.
- Kepmenkes RI No. 852/Menkes/SK/IX/2008. (2008). *Strategi nasional sanitasi total berbasis masyarakat. Jakarta: Depkes RI*.
- Khattak, U., K, Iqbal, S., P, & Ghazanfar, H. (2017). 'The Role of Parents' Literacy in Malnutrition of Children Under the Age of Five Years in a Semi-Urban Community of Pakistan: A Case-Control Study', *Cureus*. doi: 10.7759/cureus.1316, 9(6).
- Kustanto, A. (2021). The Prevalence of Stunting, Poverty, and Economic Growth in Indonesia: A Dynamic Panel Data Causality Analysis. *JDE (Journal of Developing Economies)*, Vol. 6 No. 2, 150–173.
- Lailatul M, Ni'mah, & C. (2015). Hubungan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan dan Pola Asuh Ibu dengan Wasting dan Stunting pada Balita Keluarga Miskin. *Media Gizi Indonesia*, 10(2), 84–90.
- Mankiw, N. G. (2006). *Pengantar Teori Ekonomi Makro, Edisi Ketiga. Jakarta: Erlangga*.
- Mankiw, N. G. (2007). *Makroekonomi, Edisi Keenam. Jakarta: Erlangga*.
- Maria, I., Nurjannah, Mudatsir, Bakhtiar, & Usman, S. (2020). Analisis Determinan Stunting Menurut Wilayah Geografi di Indonesia tahun 2018. *Majalah Kesehatan*, 7(4).
- Mariyono, J., Kuntariningsih, A., & Suswati, E. (2008). Ketimpangan Jender Dalam Akses Pelayanan Kesehatan Rumah Tangga Petani Pedesaan: Kasus Dua Desa Di Kabupaten Tegal, Jawa Tengah. *SOCA: Socioeconomics of Agriculture and Agribusiness*, 8(2), 1–14.
- Martorell, R. et al. (2010) 'Weight gain in the first two years of life is an important predictor of schooling outcomes in pooled analyses from five birth cohorts from low- and middle-income countries', *Journal of Nutrition*, 140(2), pp. 348–354. doi:10.3945/jn.109.112300.
- Marquis GS, Habicht JP, Lanata CF, & Black ER. (1997). Association of Breast feeding and Stunting in Peruvian Toddlers: An Example of Reverse Causality. *International Journal of Epidemiology*, 26(2), 349–356.

- McDonald, R., Avery, D., & Dean, A. (2013). *Dentistry for the Child and Adolescent. Missouri: Mosby.*
- McEachern, A., William. (2000). *Ekonomi Mikro Pendekatan Kontemporer. Penerjemah Sigit Triandaru. Jakarta: Salemba Empat.*
- Meilyasari F, & M Isnawati. (2014). Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Balita Usia 12 Bulan Di Desa Purwokerto Kecamatan Patebon, Kabupaten Kendal. *Journal of Nutrition College, 3(2).*
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (t.t.). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi Pasal 1-14. *4.Jakarta. 2013: p, 4–8.*
- Merchant AT, Jones C, Kiure A, Kupka R, Fitzmaurice G, Herrera MG, & Fawzi WW. (2003). Water and sanitation associated with improved child growth. *Eur J Clin Nutr, 57(12), 1562–1568.*
- Mobarok, R. (2022). Hubungan Status Imunisasi Lengkap Dengan Kejadian Stunting pada anak di Kelurahan Ngagel Surabaya. *Universitas Hang Tuah Surabaya.*
- Mugianti, S., Mulyadi, A., Anam, A., & Najah, Z. (2018). Faktor Penyebab Anak Stunting Usia 25-60 Bulan di Kecamatan Sukorejo Kota Blitar. *Jurnal Ners dan Kebinaan.*
- Mulyadi, S. (2003). *Ekonomi Sumber Daya Manusia Dalam Perspektif Pembangunan. Jakarta : Raja Grafindo Persada.*
- Murwiati, A. (2020). Deteksi Spatial Dependence terhadap Fixed Effects Model Prevalensi Stunting. *Jurnal Ekonomi Pembangunan.*
- Mzumara B, Bwembya P, Halwiindi H, Mugode R, & Banda J. (2018). Factors associated with stunting among children below five years of age in Zambia: Evidence from the 2014 Zambia demographic and health survey. *BMC Nutr. BMC Nutrition, 4(1), 1–8.*
- Narendra, M. (2002). *Baku/ Standard Tumbuh Kembang. pp, 112–125.*
- Newman, J. (2003). Handout #25: Slow weight gain after the first few months. *Written by Jack Newman, MD, FRCPC.*
- Nicholson, W. (2002). *Mikroekonomi Intermediate : Dan Aplikasinya. Edisi Kedelapan. Indonesia: Penerbit Erlangga.*
- Notoatmodjo S. (2012). *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan.*

- Nurahadiyantika, F., Atmaka, D., & Imani, A. (2022). Peningkatan Ketahanan Pangan dan Pengentasan Status Kemiskinan Dalam Konvergensi Penurunan Angka Stunting. *Media Gizi Indonesia (National Nutrition Journal)*. <https://doi.org/10.20473/mgi.v17i1SP.215-220>
- Olo, A., Mediani, H., & Rakhmawati, W. (2021). Hubungan Faktor Air dan Sanitasi dengan Kejadian Stunting pada Balita di Indonesia. *Jurnal Obsesi : Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 5(2), 1113-1126.
- Owino, V., Ahmed, T., Freemark, M., & Kelly, P. (2016). Environmental Enteric Dysfunction and Growth Failure / Stunting in Global Child Health. *Pediatrics*, 138(6).
- Pandel, Pradhan, B., Wagle, R., Pahari, D. P., & Onta S, R. (2012). Risk factors for stunting among children: A community based case control study in Nepal. *Kathmadu University Medical Journal*, 10(3), 18-24.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2020). Perpres Nomor 18 Tahun 2020 tentang RPJMN Tahun 2020 - 2024. *Pemerintah Republik Indonesia, Jakarta*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Tentang Standar Antropometri Anak. No.2*.
- Peraturan Pemerintah Nomor 33. (2012) *Tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif*.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 42. (2013). *Tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi*.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 83. (2017). *Tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi*.
- Percepatan Penurunan Stunting. (2021). *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72*.
- Permatasari, T. (2021). Pengaruh pola asuh pemberian makan terhadap kejadian stunting pada balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*. DOI:10.24893/jkma.v14i2.527, 14(2).
- Picauly, I., Toy S, & M. (2013). Analisis Determinan dan Pengaruh Stunting Terhadap Prestasi Belajar Anak Sekolah di Kupang dan Sumba Timur, NTT. *Jurnal Gizi dan Pangan*, 8(1), 55-62.
- Pollard, M. (2015). ASI Asuhan Berbasis Bukti. *Jakarta: EGC*.

- Prisca, P. A., & FDP. (2017). Hubungan stunting dengan prestasi belajar anaksekolahdasar di daerah kumuh, kota madya Jakarta pusat. *Buletin Penelitian Kesehatan, 1*, 45–52.
- Priatmadani., Anjarweni, H., Putri, S., Pramana, A., & Budiasih, R. (2021). Determinan Prevalensi Balita Stunting di Indonesia Tahun 2021 Pendekatan Model Spasial. *Politeknik Statistika STIS*.
- Probosiwi, H., Huriyati, E., & Ismail, D. (2017). Stunting dan perkembangan pada anak usia 12-60 bulan di Kalasan. *Berita Kedokteran Masyarakat, 33*(11), 559–564.
- Proverawati, A., & Wati, E. (2011). Ilmu Gizi Untuk Keperawatan dan Ilmu Kesehatan. *Nuha Medika*.
- Purnama, S. (2017). Diktat Dasar-dasar Kesehatan Lingkungan. *Bali: Universitas Udayana*.
- Pusdatin. (2018). Situasi Balita Pendek (stunting) di Indonesia. *Jakarta: Pusat Data Dan Informasi Kesehatan*.
- Ramadhani Putri, A. . (2020). ASPEK POLA ASUH, POLA MAKAN, DAN PENDAPATAN KELUARGA PADA KEJADIAN STUNTING. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*, 6(1), 7-12. <https://doi.org/10.22487/htj.v6i1.96>.
- Rachmita, I. (2019). *Optimalisasi Peran Posyandu dalam Pencegahan Stunting di Indonesia*.
- Rahayu, S. (2020). Hubungan Status Imunisasi dan Riwayat Penyakit Infeksi dengan Kejadian Stunting pada Balita di UPT Puskesmas Citarip Kota Bandung tahun 2020. *Ilmu Kesehatan : Universitas Bhakti Kencana*.
- Ramli, Agho KE, Inder Kj, & Bowe SJ. (2009). Prevalence and risk factors for stunting and severe stunting among under-fives in North Maluku province of Indonesia. *BMC Pediatr, 9*(64).
- Rastogi, P. N. (2002). *Public Finance, New York : McGraw-Hill*.
- Ravallion, M. (2007). “Achieving Child-Health-Related Millennium Development Goals: The Role of Infrastructure”-A Comment. *World Development, 35*(5), 920–928.
- Roesli, U. (2002). Mengenai ASI Eksklusif. *Cetakan Pertama. Tribus Agriwidya : Jakarta*.

- Romer, P. M. (1990). Endogenous Technological Change, *Journal of Political Economy*, 98(5). 71-102.
- Rosen, H. S. (1999). Knowledge Management and Intellectual Capital as a paradigm of Value Creation. *Human Systems Management*, 21(4). 229-240.
- Rosenstock, I. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83(4), 1–32.
- Sasmita H, Sapriana S, & Bernike S. (2022). *Hubungan Pemanfaatan Sarana Sanitasi Terhadap Kejadian Stunting Tahun 2021 The Relationship of Utilization of Sanitation Facilities to Stunting Incidents in 2021*. 16(1), 8–15.
- Sasra, M. (2023). Pengaruh Variabel Sosial Ekonomi dan Variabel Makro Ekonomi Terhadap Tingkat Prevalensi Stunting di Indonesia Tahun 2016-2021. *Diploma thesis, Universitas Andalas*.
- Schultz TW. (1961). Investment in Human Capital. *The American Economic Review* 51 (1), 1–17.
- SDGs. (2017). Indikator Kesehatan SDGs DI Indonesia.
- Semba, R. D., de Pee, S., Sun, K., Sari, M., Akhter, N., & Bloem, M. W. (2008). Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: a cross-sectional study. *The lancet*, 371(9609), 322-328.
- Siswati, Tri. (2018). *Stunting*. Yogyakarta: Husada Mandiri
- Stewart C.P, Iannotti L, Dewey K.G, Michaelsen K.F, & Onyango A.W. (2013). Contextualizing complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal & Child Nutrition*.
- Stewart, T. (2005). *Human Communication Prinsip – Prinsip Dasar (Buku Pertama) (Terjemahan oleh Deddy Mulyana)*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Sugiarto, R. (2023). 'Pengaruh Produksi Beras, Pendapatan Perkapita, Rata-Rata Lama Sekolah Wanita terhadap Stunting di DIY dengan Indeks Ketahanan Pangan Sebagai Variabel Intervening.
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: CV Alfabeta.
- Suririnah. (2009). *Buku Pintar Merawat Bayi 0-12 Bulan*. Jakarta :Gramedia Pustaka Utama.

- Suryono. (2007). *Subsistem Konsumsi Pangan*.
- Taguri, A., E, & et al. (2008). Risk Factor for Stunting Among Under Fives in Libya. *Public Health Nutrition*, 12(8), 1141–1149.
- Theresia, & Donna. (2020). Hubungan Jumlah Kunjungan Ibu ke Posyandu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Amplas. *Jurnal Keperawatan Priority*.
- Titaley, C. R., Ariawan, I., Hapsari, D., Muasyaroh, A., & Dibley, M. J. (2019). Determinants of the stunting of children under two years old in Indonesia: A multilevel analysis of the 2013 Indonesia basic health survey. *Nutrients*, 11(5), 1106.
- TNP2K. (2017). 100 Kabupaten/Kota Prioritas Untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting). *Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan*.
- TNP2K. (2018). Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting. *Jakarta*.
- Todaro, M. P. (2000). *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga (H.Munandar, Trans. Edisi Ketujuh ed.)*.
- Todaro, & Michael, P. (2003). *pembangunan ekonomi* (edisi keti). PT. BUMI AKSARA.
- Trihono, Atmarita, & Hapsari, D. (2015). Pendek (Stunting) di Indonesia, Masalah dan Solusinya. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Triwiyanto. (2014). Pengantar Pendidikan. *akarta: Bumi Aksara*.
- UNDP. (2018). *Human Development Reports*. <https://hdr.undp.org>.
- UNICEF. (2012). Gizi Ibu dan Anak. *UNICEF Indonesia*.
- Vasera RA, & Kurniawan B. (2023). Hubungan Pemberian Imunisasi Dengan Kejadian Anak Stunting di Puskesmas Sungai Aur Pasaman Barat Tahun 2021. *Jurnal Kedokteran STM (Sains dan Teknologi Medik)*, 6(1), 82–90.
- Wahyuningsih, M. (2010). *Agar Tumbuh Kembang Anak Tidak Terganggu*.
- Welasasih, B., & Wirjatmadi, B. (2012). Beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi balita stunting. *The Indonesia Journal of public Health*, 8(3), 99–104.
- WHO. (2011). *10 facts on sanitation*.
- Widari, S., Bachtiar, N., & Primayesa, E. (2021). Faktor Penentu Stunting: Analisis Komparasi Masa Millenium Development Goals (MDGs) dan Sustainable

- Development Goals (SDGs) di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 21(3), 1338. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v21i3.1726>
- Widarjono, A. (2009). *Ekonometrika Pengantar dan Aplikasinya*, Edisi Ketiga. Yogyakarta: Ekonesia.
- Widarjono, A. (2010). *EKONOMETRIKA: teori dan aplikasi untuk ekonomi dan bisnis, edisi kedua*. Yogyakarta: FE universitas islam indonesia.
- Widarjono, A. (2013). *Ekonometrika Pengantar dan Aplikasinya*.
- Widarjono, A. (2019). *EKONOMETRIKA: Pengantar dan Aplikasinya Disertai Panduan Eviews* (Edisi Keli). UPP STIM YKPN.
- World Bank. (2006). *Repositioning Nutrition as Central Development a Strategy for Large-Scale Action*. Washington.
- World Bank. (2015). *Beban Ganda Malnutrisi bagi Indonesia*.
- World Health Organization. (2008). *Infection Prevention And Control Of Epidemic And Pandemic Prone Acute Diseases In Health Care. WHO Interim Guidelines*. Geneva : WHO.
- World Health Organization. (2012). *WHO global estimates on prevalence of hearing loss*.
- Yusie, L. P. (2009). *Kelengkapan Imunisasi* . Jakarta: FK UI.