

# FAKTOR KEJADIAN *STUNTING* BALITA BERUSIA 6-23 BULAN DI PROVINSI LAMPUNG

Christin Angelina F.<sup>1</sup>, Agung Aji Perdana<sup>1</sup>, Humairoh<sup>2</sup>

## ABSTRAK

Prevalensi *stunting* secara nasional pada 2010 (35,6%), dan 2013 37.2%, yang berarti terjadi peningkatan dibandingkan sebelumnya. Penelitian bertujuan untuk mengetahui penyebab kejadian *stunting* balita berusia 6-23 bulan di Provinsi Lampung 2017. Data yang digunakan adalah data Pemantauan Status Gizi (PSG) 2016. Sampel 164. Data dianalisis dengan *chi square* dengan derajat kepercayaan 95%.

Hasil univariat didapatkan prevalensi kejadian *stunting* sebesar 20,1% dan normal 79,9%. Prevalensi perempuan 50.6%, sedangkan berjenis kelamin laki-laki 49,4%. Jumlah anggota rumah tangga  $\leq 4$  yaitu 78%, sedangkan jumlah anggota rumah tangga  $> 4$  sebanyak 22%, inisiasi menyusui dini 54,9%, sedangkan responden yang tidak melakukan IMD sebanyak 45.1%, tidak ASI eksklusif sebanyak 57,3%, sedangkan responden yang memberikan ASI eksklusif 42.7%. Hasil analisis bivariat diperoleh adanya hubungan jenis kelamin ( $p$  value= 0,043 OR= 2,441), IMD ( $p$  value= 0,010 OR= 3,308), dan ASI eksklusif ( $p$  value= 0,028 OR= 2,808) dengan kejadian *stunting*. Tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota rumah tangga dengan kejadian *stunting* dengan nilai  $p$  value = 0,197 OR=0,247). Dapat disimpulkan jenis kelamin, Inisiasi Menyusui Dini, ASI eksklusif berhubungan dengan kejadian *stunting* balita usia 6-23 bulan, dan jumlah anggota rumah tangga tidak berhubungannya. Perlu meningkatkan upaya promotif dan preventif mengenai IMD dan ASI eksklusif agar dapat meningkatkan angka sesuai target yang telah ditetapkan agar kejadian *stunting* pada balita dapat dicegah.

Kata kunci : Jenis kelamin, jumlah anggota rumah tangga, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif, *stunting*, balita, Lampung

## PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan dalam periode 2015-2019 difokuskan pada empat program prioritas yaitu penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*), pengendalian penyakit menular dan pengendalian penyakit tidak menular. Upaya peningkatan status gizi masyarakat termasuk penurunan prevalensi balita pendek menjadi salah satu prioritas pembangunan nasional yang tercantum di dalam sasaran pokok Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2015–2019. Target penurunan prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (dibawah 2) adalah menjadi 28% (RPJMN, 2015 – 2019 dalam Kemenkes RI, 2016).

UNICEF pada 2014 mengeluarkan hasil bahwa lebih dari 162 juta anak dibawah 5 di dunia mengalami *stunting* (pendek). Anak

dengan keadaan *wasting* (kurus) sebanyak 51 juta anak, dan 17 juta anak dalam kondisi sangat kurus yang memerlukan penanganan khusus. Keadaan tersebut, akan mengalami efek jangka panjang yang berdampak bagi dirinya, keluarga, dan pemerintah, bahkan berisiko tinggi meninggal (Rudert, 2014).

Prevalensi anak *stunting* di Indonesia berbeda-beda di setiap daerah. Prevalensi secara nasional pada 2013 adalah 37.2%, yang berarti terjadi peningkatan dibandingkan 2010 (35,6%) dan 2007 (36,8%) (Riskesdas, 2013). Berdasarkan data pemantauan status gizi (PSG) 2015 di provinsi Lampung terdapat presentase balita sangat pendek usia 0-23 sebesar 5,2% dan pendek 12,2%, data ini meningkat pada 2016 yaitu presentase balita sangat pendek sebesar 5,9 % dan pendek 13,0% (PSG, 2016).

1) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Malahayati  
2) Dinas Kesehatan Provinsi Lampung

*Stunting* adalah gambaran status gizi kurang yang berkepanjangan selama periode paling genting dari pertumbuhan dan perkembangan di awal kehidupan. Hal ini dapat diartikan sebagai balita yang berumur 0-59 bulan yang mempunyai tinggi badan menurut umur dibawah minus 2 standar deviasi dan minus 3 standar deviasi dari median standar pertumbuhan balita yang telah ditetapkan oleh WHO (UNICEF, 2013).

Menurut WHO 2013 dalam Lamid 2015 Penyebab masalah *stunting* salah satunya akibat dari penundaan IMD, pemberian ASI tidak eksklusif dan penyapihan ASI terlalu dini. *Days state of the world's mothers* 2012 menyatakan bahwa kejadian *stunting* dipengaruhi oleh kondisi pada masa 1000 hari kehidupan yaitu mulai dari janin berada dalam satu perut atau ketika wanita dalam kondisi hamil sampai anak tersebut berusia 2 dan masa ini disebut dengan *masa windows critical* karena pada masa ini terjadi perkembangan otak atau kecerdasan dan pertumbuhan badan yang cepat sehingga pada masa ini bila tidak diberikan asupan gizi yang cukup pada ibu hamil, tidak diberikan ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI yang kurang bergizi pada anak maka berpotensi terjadinya *stunting*. *Stunting* yang terjadi pada anak 0-2 dan berlanjut pada usia 3-6 akan tetap berisiko *stunting* pada usia pra-pubertas (7-9) (UNICEF, 2016).

Masalah *stunting* yang cukup tinggi dapat diatasi dengan melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) minimal 1 jam setelah bayi dilahirkan, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dan dilanjutkan pemberian ASI sampai usia 24 bulan dengan tambahan makanan pendamping ASI (Lamid, 2015). Setiap bayi yang dilahirkan berhak mendapatkan kesempatan IMD segera setelah lahir sesuai dengan peraturan pemerintah nomor 33 2012 (Kemenkes, 2012). Presentasi pemberian IMD di Indonesia 2010 sebesar 29,3 % dan 2013 sebesar 34,5 %. Cakupan IMD disebut baik apabila telah mencapai 50%-89% menurut standar WHO (Kemenkes, 2014).

*Stunting* dapat didiagnosis melalui indeks antropometrik tinggi

badan menurut umur yang mencerminkan pertumbuhan linear yang dicapai pada pra dan pasca persalinan dengan indikasi kekurangan gizi jangka panjang akibat dari gizi yang tidak memadai dan atau kesehatan. *Stunting* merupakan pertumbuhan linear yang gagal untuk mencapai potensi genetik sebagai akibat dari pola makan yang buruk dan penyakit (ACC/SCN, 2000). Salah satu indikator status gizi bayi lahir adalah panjang badan waktu lahir disamping berat badan waktu lahir. Panjang bayi lahir dianggap normal antara 48 – 52 cm. Jadi panjang lahir <48 cm tergolong bayi pendek. Namun bila kita ingin mengaitkan panjang badan lahir dengan risiko mendapatkan penyakit tidak menular waktu dewasa nanti, WHO menganjurkan nilai batas > 50 cm (Atmarita, 2015).

Pemberian ASI (air susu ibu) yang kurang sesuai di Indonesia menyebabkan bayi menderita gizi kurang dan gizi buruk. Padahal kekurangan gizi pada bayi akan berdampak pada gangguan psikomotor, kognitif dan sosial serta secara klinis terjadi gangguan pertumbuhan. Dampak lainnya adalah derajat kesehatan dan gizi anak Indonesia masih memprihatinkan. Pertumbuhan dan perkembangan pada masa bayi memerlukan masukan zat-zat gizi yang seimbang dan relatif besar. Namun, kemampuan bayi untuk makan dibatasi oleh keadaan saluran pencernaannya yang masih dalam tahap pendewasaan. Satu-satunya makanan yang sesuai dengan keadaan saluran pencernaan bayi dan memenuhi kebutuhan selama berbulan-bulan pertama adalah ASI (Haryono dkk, 2014). Anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif berisiko lebih tinggi untuk kekurangan zat gizi yang diperlukan untuk proses pertumbuhan. Gangguan pertumbuhan akan mengakibatkan terjadinya *stunting* pada anak (Anshori, 2013).

Jumlah anggota rumah tangga juga memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian *stunting* pada balita. Anak-anak *stunting* berasal dari keluarga yang jumlah anggota rumah tangganya lebih banyak dibandingkan dengan anak-anak normal (Tshwane University Of Technology et al, 2006). Penelitian

menunjukkan bahwa ketersediaan makanan bagi setiap anggota keluarga yang berasal dari rumah tangga yang memiliki banyak anggota lebih rendah dibandingkan dengan yang memiliki anggota lebih sedikit. Jadi rumah tangga yang memiliki jumlah anggota yang banyak lebih berpeluang untuk mempunyai anak malnutrisi dibandingkan dengan rumah tangga memiliki lebih sedikit jumlah anggota rumah tangga (Ajao et al, 2000).

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian survey analitik dengan rancangan *cross sectional*, bertempat di Provinsi Lampung, data yang digunakan yaitu data sekunder Pemantauan Status Gizi (PSG) 2016, analisis data dilaksanakan bulan April-Agustus 2017. Populasi adalah balita usia 6-23 bulan yang terdapat pada data PSG 2016 dengan sampel 164. Variabel yang diteliti adalah jenis kelamin, jumlah anggota rumah tangga, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif dan stunting. Analisis dilakukan secara univariat dan bivariat. Analisis univariat untuk mengetahui distribusi masing-masing variabel, sedangkan Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk menguji hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat yaitu jenis kelamin, jumlah anggota rumah tangga, inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif terhadap kejadian stunting pada balita. Pengambilan sampel menggunakan *Cluster sampling*. Hasil penelitian diolah dengan tahapan *editing, scoring, coding, entering, dan cleaning*. Sedangkan untuk membuktikan hipotesis menggunakan uji *chi square* dengan derajat kemaknaan 95%.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Distribusi Variabel

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki tinggi badan yang normal sebanyak 131 orang (79,9%), sedangkan responden yang mengalami *stunting* 33 orang (20,1%).

Peneliti berpendapat bahwa tingginya angka prevalensi *stunting* di

Lampung disebabkan karena penundaan IMD, pemberian ASI tidak eksklusif dan penyapihan ASI terlalu dini. Data menunjukkan bahwa cakupan pemberian IMD di Indonesia 2013 sebesar 34,5%. Sedangkan Cakupan IMD disebut baik apabila telah mencapai 50%-89% menurut standar WHO (Kemenkes, 2014). Selain itu, Cakupan pemberian ASI Eksklusif di Provinsi Lampung juga 2015 mengalami penurunan dibandingkan 2014 sebesar 82,25% menjadi 57,70%, dimana angka ini masih di bawah target yang diharapkan yaitu 80% (Dinkes Provinsi Lampung, 2015). Jenis kelamin perempuan lebih banyak yaitu 83 orang (50,6%) dibandingkan laki-laki yaitu 81 orang (49,4%), responden dengan jumlah anggota rumah tangga  $\leq 4$  yaitu sebanyak 128 orang (78%), sedangkan jumlah anggota rumah tangga  $> 4$  sebanyak 36 orang (22%), inisiasi menyusui dini 90 orang (54,9%), sedangkan responden yang tidak melakukan inisiasi menyusui dini sebanyak 74 orang (45,1%), responden dalam penelitian ini tidak memberikan ASI Eksklusif kepada anaknya sebanyak 94 orang (57,3%), sedangkan responden yang memberikan ASI eksklusif sebanyak 70 orang (42,7%).

Tabel 1  
Distribusi Variabel, Faktor Stunting pada Balita Usia 6-23 Bulan Di Provinsi Lampung 2017

Variabel	Jumlah	%
<b>Status Gizi (TB/U)</b>		
• <i>Stunting</i>	33	20,1
• Normal	131	79,9
<b>Jenis Kelamin</b>		
• Laki-laki	81	49,4
• Perempuan	83	50,6
<b>Jumlah Anggota Rumah Tangga</b>		
• $> 4$	36	22
• $\leq 4$	128	78
<b>Inisiasi Menyusui Dini</b>		
• Tidak	74	45,1
• Ya	90	54,9
<b>ASI Eksklusif</b>		
• Tidak	94	57,3
• Ya	70	42,7

## Uji Bivariat

Tabel 2  
Faktor yang berhubungan dengan Kejadian *Stunting*  
Di Provinsi Lampung 2017

Variabel	Status Gizi TB/U		p	OR (CI 95%)
	<i>Stunting</i>	Normal		
<b>Jenis Kelamin</b>				
• Laki-laki	22 (27,2%)	59 (72,8%)	0,043	2,441 (1,09-5,440)
• Perempuan	11 (13,3%)	72 (86,7%)		
<b>Jumlah Anggota Rumah Tangga</b>				
• >4	4 (11,1%)	32 (88,9%)	0,197	0,427(0,139-1,306)
• ≤4	29 (22,7%)	99 (77,3%)		
<b>Inisiasi Menyusu Dini</b>				
• Tidak	22 (29,7%)	52 (70,3%)	0,010	3,308 (1,36-6,789)
• Ya	11 (12,2%)	79 (87,8%)		
<b>ASI Eksklusif</b>				
• Tidak	25 (26,6%)	69 (73,4%)	0,028	2,808(1,180-6,681)
• Ya	8 (11,4%)	62 (88,6%)		

Hubungan Jenis Kelamin dengan kejadian *Stunting*

Berdasarkan tabel 2, diperoleh proporsi kejadian *stunting* pada balita 6-23 bulan lebih banyak ditemukan pada balita yang berjenis kelamin laki-laki 22 orang (27,2%) dibandingkan dengan perempuan 11 orang (13,3%). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anisa (2012) di Kelurahan Kalibaru Depok. Hasil uji *chi-square* diperoleh nilai  $p=0,043$  maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kejadian *stunting* balita usia 6-23 bulan di Provinsi Lampung. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=2,441$ , artinya bahwa balita dengan jenis kelamin laki-laki, memiliki peluang menjadi *stunting* 2,441 kali dibandingkan dengan balita berjenis kelamin perempuan.

Menurut Almatsier (2004) perempuan lebih banyak jaringan lemak dan jaringan otot lebih sedikit daripada laki-laki. Secara metabolik, otot lebih aktif jika dibandingkan dengan lemak, sehingga secara proporsional otot akan memerlukan energy lebih tinggi daripada lemak, dengan demikian, laki-laki dan perempuan dengan tinggi badan, berat badan dan umur yang sama memiliki komposisi tubuh yang berbeda, sehingga kebutuhan energy dan gizinya juga akan berbeda.

Peneliti berpendapat bahwa balita laki-laki pada umumnya lebih aktif

daripada balita perempuan. Bayi laki-laki pada umumnya lebih aktif bermain di luar rumah, seperti berlarian, sehingga mereka lebih mudah bersentuhan dengan lingkungan yang kotor dan menghabiskan energi yang lebih banyak, sementara asupan energinya terbatas.

Jenis kelamin menentukan besarnya kebutuhan gizi bagi seseorang sehingga terdapat keterkaitan antara status gizi dan jenis kelamin. Perbedaan besarnya kebutuhan gizi tersebut dipengaruhi karena adanya perbedaan komposisi tubuh antara laki-laki dan perempuan. Sehingga jumlah asupan yang harus dikonsumsi pun lebih banyak.

Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga

Hasil analisa menunjukkan bahwa proporsi kejadian *stunting* balita 6-23 bulan dengan jumlah anggota rumah tangga >4 yaitu 11,1% dan yang normal 88,9%. Sedangkan pada balita dengan jumlah anggota rumah tangga ≤4 proporsi kejadian *stunting* sebesar 22,7% dan yang normal 77,3%. Proporsi kejadian *stunting* pada balita lebih banyak ditemukan pada jumlah anggota rumah tangga ≤4 orang dibandingkan dengan balita dengan jumlah anggota rumah tangga >4. Meskipun terdapat perbedaan proporsi, hasil analisa menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota rumah

tangga dengan kejadian stunting balita usia 6-23 bulan di Provinsi Lampung ( $p=0,197$ ) dengan nilai OR antara 0,139-1,306 .

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitri 2012 di Depok. Balita yang memiliki jumlah saudara yang lebih sedikit belum tentu terbebas dari *stunting*. Karena bisa jadi faktor pembagian makan yang kurang adil dapat juga mengakibatkan balita tersebut mendapatkan jumlah makanan yang kurang, sehingga asupan gizinya pun kurang.

Pola asuh keluarga yang salah seperti membiasakan anak yang lebih tua mendapatkan jumlah makanan atau asupan gizi yang lebih banyak dibandingkan anak yang lebih muda (balita) dapat juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi tingginya jumlah kejadian *stunting* pada balita yang justru berasal dari keluarga kecil.

Hubungan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan kejadian *Stunting*

Hasil analisis hubungan IMD dengan status gizi TB/U diperoleh bahwa proporsi kejadian *stunting* pada balita 6-23 bulan lebih banyak ditemukan pada balita yang tidak melakukan IMD (29,7%) dibandingkan dengan balita yang melakukan IMD (12,2%). Hasil uji *chi-squared* diperoleh nilai  $p=0,010$  maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang bermakna antara IMD dengan kejadian stunting balita usia 6-23 bulan di Provinsi Lampung. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=3,308$ , artinya bahwa balita yang tidak melakukan IMD, memiliki peluang menjadi *stunting* 3,308 kali dibandingkan dengan balita yang melakukan IMD.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Permadi (2016) bahwa pemberian IMD berhubungan dengan kejadian *stunting*. Peneliti berpendapat bahwa IMD mempengaruhi kejadian stunting karena dengan IMD bayi akan mendapatkan ASI pertama kali yang mengandung kolostrum yang tinggi kaya akan antibody dan zat penting untuk pertumbuhan usus dan ketahanan terhadap infeksi yang sangat dibutuhkan bayi demi kelangsungan hidupnya. Bayi yang IMD lebih tahan terhadap infeksi sehingga kemungkinan

untuk sakit sangat kecil sehingga jumlah asupan tidak terganggu karena asupan merupakan factor langsung yang menentukan status gizi balita.

Kolostrum memiliki protein dan immunoglobulin dengan konsentrasi paling tinggi. Immunoglobulin yang terdapat di kolostrum adalah immunoglobulin A (IgA) yang melapisi permukaan saluran cerna bayi terhadap bakteri pathogen dan virus (IDAI, 2009). Kolostrum mengandung leukosit sebanyak  $5 \times 10^6$  sel per ml, dan akan menurun seiring lamanya menyusui. Leukosit berupa makrofag yang dapat melawan mikroba pathogen. Limfosit mengandung t sel dan  $\beta$  sel yang memproduksi antibody, 10% leukosit dihasilkan air susu ibu. Selain itu kolostrum menghasilkan sel imunitas yang mengandung enzim lisozim untuk menghambat pertumbuhan berbagai macam bakteri. Oleh sebab itu, tenaga kesehatan khususnya yang menolong persalinan perlu menggalakkan praktik IMD. Penting pula dilaksanakan pendidikan kesehatan berkala kepada bakal ibu dan ibu hamil tentang IMD.

Hubungan ASI Eksklusif dengan kejadian *stunting*

Hasil analisis hubungan pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi TB/U diperoleh bahwa proporsi kejadian *stunting* pada balita 6-23 bulan lebih banyak ditemukan pada balita yang tidak ASI eksklusif (26,6%) dibandingkan dengan balita yang ASI eksklusif (11,4%). Hasil uji *chi-squared* diperoleh nilai  $p=0,028$  maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* balita usia 6-23 bulan di Provinsi Lampung. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=2,808$ , artinya bahwa balita yang ASI eksklusif, memiliki peluang menjadi *stunting* 2,808 kali dibandingkan dengan balita yang ASI eksklusif.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Pengan (2014) di Sulawesi Tengah yang menyatakan ada hubungan bermakna antara ASI eksklusif dengan kejadian *stunting*. Peneliti berpendapat bahwa ASI eksklusif dapat mempengaruhi kejadian stunting karena

jika bayi yang belum cukup umur 6 bulan sudah diberi makanan selain ASI akan menyebabkan usus bayi tidak mampu mencerna makanan dan bayi akan mudah terkena penyakit karena kurangnya asupan. Sehingga balita yang sering menderita penyakit infeksi akan menyebabkan pertumbuhannya terhambat dan tidak dapat mencapai pertumbuhan yang optimal.

### KESIMPULAN DAN SARAN

Kejadian *stunting* lebih banyak ditemukan pada balita laki-laki (27,2%) dibandingkan perempuan (13,3%). Kejadian *stunting* pada balita 6-23 bulan lebih banyak ditemukan pada jumlah anggota rumah tangga  $\leq 4$  orang (22,7%) dibandingkan dengan jumlah anggota rumah tangga  $> 4$  orang (11,1%). Kejadian *stunting* yang tidak melakukan IMD 29,7% dan yang normal sebanyak 70,3%. Sedangkan balita *stunting* yang melakukan IMD 12,2% dan yang normal 87,8%. Proporsi kejadian *stunting* tidak ASI eksklusif 26,6% dan yang normal 73,4% sedangkan balita *stunting* yang ASI eksklusif 11,4% dan yang normal 88,6%.

Adanya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin, Inisiasi Menyusui Dini, ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* balita usia 6-23 bulan di Provinsi Lampung, dan tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota rumah tangga dengan kejadian *stunting* balita usia 6-23 bulan di Provinsi Lampung.

Perlu peningkatan jumlah konselor ASI di masing-masing daerah agar upaya promotif tentang pentingnya ASI dapat berjalan dengan baik, Perlu peningkatan upaya promotif dengan melakukan penyuluhan kesehatan berkala kepada bakal ibu dan ibu hamil tentang IMD dan ASI eksklusif dan agar dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang lain dari teori yang berhubungan dengan kejadian *stunting* seperti tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, BBLR, asupan bayi, dan tinggi badan ibu.

### DAFTAR PUSTAKA

ACC/SCN & International Food Policy Research Institute (IFPRI). 2000.

*4<sup>TH</sup> Report on the world Nutrition Situation, Nutriion Throughout the life Cycle.*

Ajao, K.O, E.O Ojofeitimi, A.A Adebayo AO Fatus, & OT Afolabi (2000). *Influence of family size, household food security status, and child care practices on the nutritional status of under-five children in Ile-Ife, Nigeria.* Obafemi Awolowo University, Ile-Ife: Nigeria.

Atmarita dkk, 2015. *Pendek (Stunting) di Indonesia Masalah dan Solusinya*, Balitbangkes, Kemenkes.

Almatsier, Sunita. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Anshori, H. 2013. *Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Anak Usia 12-24 Bulan*, Skripsi, Universitas Diponegoro, Semarang.

Anisa, Paramitha, 2012. *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 25-60 bulan di Kelurahan Kalibaru Depok 2012*. Skripsi, Universitas Indonesia, Jakarta.

Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2015. *Profil Kesehatan Provinsi Lampung*, Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, Lampung.

Fitri, 2012. *Berat Lahir sebagai Faktor Dominan Terjadinya Stunting Pada Balita (12-59 bulan) di Sumatera (Analisis Data Risesdas 2010)*. Thesis, UI, Depok

Hastono, Sutanto Priyo, 2016. *Analisis Data pada Bidang Kesehatan*. Rajawali pers, Jakarta

Haryono, R., dan Setianingsih, S. 2014. *Manfaat ASI Eksklusif untuk Buah Hati Anda*. Yogyakarta: Gosyen Publishing

Kemenkes RI, 2016. *Info Datin, Situasi Balita Pendek*, Pusat Data dan Informasi, Jakarta.

Kementrian Kesehatan RI, 2012. *Profil Kesehatan Indonesia 2011*. Jakarta

Kementrian Kesehatan RI, 2014. *Profil Kesehatan Indonesia 2013*. Jakarta

Lamid, Astuti, 2015. *Masalah Kependekan (Stunting) pada Anak Balita*, IPB Pers, Bogor.

- Lesiapeto, et al. 2010. *Risk Factors of Poor Anthropometric Status In Children Under Five Years of Age Living In Rural Districts of The Eastern Cape And Kwazulu-Natal Provinces, South Africa*. S Afr J Clin Nutr, 23(4): 202-207. Dapat diakses di [www.sajcn.co.za](http://www.sajcn.co.za)
- Pengan, Johan Shirley Kawengian, Dina V. Rombo, 2014. *Hubungan Antara Riwayat Pemberian Asi Eksklusif Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 12-36 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Luwuk Kecamatan Luwuk Selatan Kabupaten Banggai Sulawesi Tengah*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Sam Ratulangi Manado.
- Permadi, M Rizal, 2016. *Hubungan Inisiasi Menyusu Dini dan Air Susu Ibu Eksklusif Dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 bulan di Kabupaten Boyolali*. Thesis, Universitas Sebelas Maret, Surakarta.
- Pemantauan Status Gizi, 2016. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi 2016*, Direktorat Gizi Kemenkes RI, Jakarta.
- Rudert C, 2014. *Malnutrition In Asia*, Vientiane: UNICEF East Asia Pacific.
- Riskesdas. 2013. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013)*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Semba RD, de Pee S, Sun Kai, Sari M, Akhter N, Bloem MW. *Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: a cross-sectional study*. Lancet 2008; 371: 322–28
- Supariasa , I Dewa Nyoman BB, 2014. *Penilaian Status Gizi*, Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta.
- Sujendran S1\*, Senarath U2 and Joseph J1, 2015. *Prevalence of Stunting among Children Aged 6 to 36 Months, in the Eastern Province of Sri Lanka*, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Colombo, Sri Lanka.
- Sandjaja dkk, 2009. *Kamus Gizi*, Buku Kompas, Jakarta.
- Sugiono, 2017. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Alfabeta, Bandung.
- Teshome B, Kogi-Makau W, Ge Z, & Taye G. 2009. *Magnitude and determinants of stunting in children under five years of age in food surplus region of Ethiopia: The case of West Gojam Zone*. Ethiop. J. Health, 23(2), 98–106.
- UNICEF, 2013. *Improving Child Nutrition*. New York
- UNICEF, 2016. *Regional Report On Nutrition Security In Asean Volume 2*. Thailand.

