

PREVALENSI, FAKTOR RISIKO, DAN DAMPAK *STUNTING* PADA ANAK USIA SEKOLAH

Yannie Asrie Widanti

Fakultas teknologi dan Industri Pangan, Universitas Slamet Riyadi, Surakarta
Jl. Sumpah Pemuda No. 18, Kadapiro, Banjarsari, Surakarta
Email : asrie.yannie2@gmail.com

Abstrak

Stunting merupakan salah satu kondisi kegagalan pertumbuhan fisik yang diukur berdasarkan tinggi badan menurut umur. Batasan stunting menurut WHO yaitu tinggi badan menurut umur berdasarkan Z-score sama dengan atau kurang dari -2SD di bawah rata-rata standar. Studi pustaka ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi stunting pada anak usia sekolah di Indonesia, serta faktor risiko stunting dan upaya pencegahannya. Prevalensi stunting di Indonesia masih cukup tinggi yaitu 37,2% pada balita (Riskesdas, 2013), 27,6 sampai 37,7 % pada anak laki-laki usia 5 – 12 tahun dan 25,1 sampai 35,8% untuk anak perempuan. Angka tersebut masih melebihi batas non public health WHO yaitu 20%. Stunting disebabkan oleh berat bayi lahir rendah (BBLR), defisiensi gizi kronis sejak bayi, kurangnya asupan kalori, protein, vitamin dan mineral, terutama vitamin D. Stunting mengakibatkan kemampuan pertumbuhan yang rendah pada masa berikutnya, baik fisik maupun kognitif, dan akan berpengaruh terhadap produktivitas di masa dewasa.

Kata Kunci : Stunting, Faktor Risiko, Anak Usia Sekolah

PENDAHULUAN

Kesehatan anak merupakan modal utama untuk pertumbuhan yang optimal. Tumbuh kembang anak yang berlangsung baik sejak masa bayi hingga usia sekolah akan menjadikannya manusia yang penuh potensi bagi kehidupan di masa yang akan datang. Kesehatan seorang anak yang mencakup kesehatan badan, rohani dan sosial, bukan hanya berkaitan dengan penyakit dan kelemahan, tetapi juga berkaitan dengan perkembangan fisik, intelektual dan emosional (Andriani dan Wirjatmadi, 2012).

Anak usia sekolah dengan perkembangan fisik yang normal akan mampu melakukan aktivitas-aktivitas fisik dalam bermain dengan teman sebaya maupun dalam mengikuti berbagai kegiatan di sekolah dan lingkungannya. Ini berarti perkembangan fisik seorang anak akan mempengaruhi rasa percaya diri dan kemampuannya untuk bersosialisasi dengan teman-temannya.

Anak usia sekolah juga memerlukan perkembangan motorik yang baik untuk mendukung kemampuannya sehingga dapat berlatih mengurus diri sendiri maupun mengikuti berbagai kegiatan di sekolah. Perkembangan motorik yaitu perkembangan pengendalian gerakan tubuh melalui kegiatan yang terkoordinasi. Perkembangan motorik meliputi perkembangan motorik halus dan motorik kasar. Motorik kasar berkaitan dengan gerakan tubuh yang menggunakan otot-otot besar, seperti kemampuan

untuk menendang, berlari, naik turun tangga, dsb. Sedangkan motorik halus berkaitan dengan aktivitas otot-otot halus seperti menulis, menggunting, meronce, dsb (Andriani dan Wirjatmadi, 2012). Perkembangan motorik halus maupun kasar telah dimulai sejak seorang anak lahir, namun sangat dipengaruhi oleh kondisi kesehatan serta stimulasi dari lingkungan.

Perkembangan fisik yang telah dicapai anak pada usia sekolah sangat ditentukan oleh asupan gizi sejak bayi, bahkan ketika masih di dalam kandungan. Pola konsumsi atau pola makan pada usia sekolah juga akan mempengaruhi pencapaian perkembangan pada masa-masa berikutnya. Perkembangan fisik yang tidak normal, dapat digunakan sebagai gambaran mengenai riwayat status gizi dan perkembangan berikutnya. Perkembangan fisik dapat diukur melalui parameter-parameter antropometri seperti tinggi badan dan berat badan menurut umur.

Stunting adalah salah satu kondisi kegagalan mencapai perkembangan fisik yang diukur berdasarkan tinggi badan menurut umur. Batasan stunting menurut WHO yaitu tinggi badan menurut umur berdasarkan Z-score sama dengan atau kurang dari -2SD di bawah rata-rata standar (WHO, 2013). Sedangkan *Risk Factor* atau faktor risiko adalah variabel-variabel yang terkait dengan peningkatan suatu risiko atau kejadian penyakit tertentu.

Studi pustaka ini akan menguraikan hal-hal yang berkaitan dengan Stunting pada anak usia sekolah, yang meliputi prevalensi Stunting di

Indonesia, faktor risiko yang mempengaruhi kejadian stunting pada anak usia sekolah, dan dampak serta upaya pencegahan stunting.

METODE

Studi pustaka dilakukan melalui pencarian jurnal dan artikel terkait melalui berbagai jurnal yang dapat diakses secara online melalui *academic journals database* maupun melalui *scholar.google.co.id* Jurnal dipilih terbitan lima tahun terakhir dan secara khusus membahas aspek yang berkaitan dengan kejadian stunting (anak pendek).

DASAR TEORI

A. Anak Usia Sekolah

Beberapa sumber menyebutkan batasan usia yang sedikit berbeda untuk kelompok anak usia sekolah. Menurut Andriani dan Wirjatmadi (2012), anak usia sekolah adalah kelompok usia 6 – 12 tahun, sedangkan menurut Almatsier (2011), anak usia sekolah adalah kelompok usia 6 – 9 tahun.

Pertumbuhan anak pada usia sekolah, mulai memasuki fase pertumbuhan yang semakin lambat. Menurut Andriani dan Wirjatmadi (2012), sampai pada usia tiga tahun pertumbuhan anak berlangsung sangat cepat, dan berangsur-angsur menurun sampai pada periode prasekolah dan masa sekolah. Pada usia sekolah kurva percepatan pertumbuhan akan membentuk kurva yang hampir datar. Selanjutnya pada masa remaja akan terjadi percepatan pertumbuhan kedua hingga akhirnya berhenti sama sekali. Pertumbuhan dan perkembangan anak merupakan segala perubahan yang terjadi baik secara fisik, kognitif, emosi, dan psikososial.

B. Pertumbuhan Anak Usia Sekolah

1. Pertumbuhan Berat dan Tinggi

Pada usia sekolah terjadi penambahan tinggi badan sekitar 5-6 cm, sedangkan penambahan berat badan sekitar 1,4-2,7 kg per tahun. Ukuran tubuh laki-laki dan perempuan dapat dikatakan sebanding sampai usia 9-10 tahun, ketika anak-anak perempuan mulai bertumbuh secara cepat, terjadi penambahan ukuran kaki yang menjadi indikator dimulainya masa pertumbuhan. Rata-rata anak perempuan lebih tinggi dan lebih berat daripada anak laki-laki di usia 13 tahun. Pertumbuhan laki-laki berlangsung cepat saat memasuki usia 12 hingga 16 tahun.

2. Proporsi Tubuh

Pertumbuhan kaki mencapai 66% dari peningkatan tinggi badan hingga memasuki usia remaja. Kemajuan

peningkatan postur tubuh mudah diamati. Gigi tetap, kecuali geraham belakang urutan kedua dan ketiga, mulai tumbuh di usia 11 atau 12 tahun; disertai dengan resiko besar terbentuknya lubang gigi pada usia ini.

3. Sistem Internal dan Jaringan

a. Otot dan Lemak

Anak laki-laki memiliki lebih banyak jaringan otot daripada anak perempuan. Baik laki-laki maupun perempuan mengalami peningkatan kekuatan yang dimiliki menjadi dua kali lipat. Namun otot masih rentan terhadap cedera karena belum benar-benar matang pertumbuhannya. Bila kebiasaan makan diantara kedua jenis kelamin tidak memiliki perbedaan yang signifikan maka akumulasi lemak tubuhnya pun hampir sama. Perkembangan jantung berjalan lambat dan secara proporsional lebih kecil dibanding dengan pada usia lain.

b. Rangka Tubuh

Pertumbuhan tulang terkonsentrasi di kaki, lengan, dan wajah. Pada masa ini terdapat fleksibilitas otot karena ligamen (ikatan sendi tulang) yang mengikat belum begitu kuat dan masih banyak celah diantara tulang. Proses penulangan (osifikasi) masih terus terjadi.

c. Otak

Perkembangan otak dan kepala berjalan lambat dan akan mencapai kesempurnaan pada usia 10 atau 12 tahun.

d. Sistem Lainnya

Sistem pencernaan (Gastrointestinal) telah dewasa dan terjadi peningkatan kapasitas lambung. Sementara itu paru-paru masih terus berkembang, dengan lebih sedikit pernafasan perut yang digunakan. Hal itu ditandai dengan kapasitas paru-paru yang meningkat namun laju pernafasan menurun. Kontrol perut dan kandung kemih telah berkembang dengan baik, kapasitas kandung kemih lebih besar pada anak perempuan daripada anak lelaki.

4. Kebutuhan Gizi

Dasar kebutuhan energi dan kebutuhan gizi anak-anak sama seperti kebutuhannya saat muda hanya kuantitasnya saja yang meningkat untuk memenuhi kebutuhannya yang juga besar. Proporsi asupan energi yang disarankan yaitu 50%-60% karbohidrat, 25-35% lemak, dan 10-15% protein.

(Agustina, 2012)

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan

dengan masalah perubahan dalam ukuran fisik seseorang. Sedangkan perkembangan (*development*) berkaitan dengan pematangan dan penambahan kemampuan (*skill*) fungsi organ atau individu. Kedua proses ini terjadi secara sinkron pada setiap individu. Proses tumbuh kembang seseorang merupakan hasil interaksi berbagai faktor yang saling terkait, yaitu ; faktor genetik / keturunan , lingkungan bio-fisiko-psiko-sosial dan perilaku. Proses ini bersifat individual dan unik sehingga memberikan hasil akhir yang berbeda dan ciri tersendiri pada setiap anak.

C. Status gizi anak usia sekolah

Pertumbuhan cepat terjadi pada waktu bayi diikuti penurunan laju pertumbuhan pada anak pra sekolah dan anak usia sekolah. Rata-rata kenaikan berat badan di usia ini sekitar 1,8-2,7 kg setahun, sedangkan tinggi badan kurang lebih 7,6 cm setahun pada anak antara satu tahun sampai tujuh tahun, kemudian meningkat sebanyak 5,1 cm setahun hingga awal pertumbuhan cepat pada usia remaja.

Anak usia sekolah mempunyai laju pertumbuhan fisik yang lambat tetapi konsisten, terus menerus memperoleh pendewasaan dalam keterampilan motorik serta menunjukkan peningkatan yang berarti dalam keterampilan kognitif, sosial dan emosional.

Kebiasaan makan yang terbentuk pada usia ini, serta jenis makanan yang disukai dan tidak disukai, merupakan dasar bagi pola konsumsi makanan dan asupan gizi anak pada usia selanjutnya. Anak usia sekolah mempunyai banyak akses terhadap uang, warung, penjaja makanan di lingkungan sekolah, toko swalayan, yang menyebabkan terbukanya pula akses terhadap makanan yang kurang terjamin nilai gizinya.

Status Gizi anak didasarkan pada Indikator BB/U. Status gizi anak berdasarkan indikator TB/U menggambarkan status gizi yang bersifat kronis, merupakan akibat keadaan kurang gizi dalam waktu yang panjang. Indikator TB/U dinyatakan dalam tinggi badan normal, pendek dan sangat pendek. Anak yang termasuk katagori sangat pendek (*stunting*) pada tahun 2010 sebanyak 18,5% dan yang pendek 17,1%, bila keduanya digabungkan dan menjadi angka 35,6%, merupakan masalah nasional yang serius (Rosaria, 2012).

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Prevalensi Stunting di Indonesia

Menurut hasil penelitian *UNICEF-WHO-*

The World Bank Joint Child Malnutrition Estimates 2012, diperkirakan 165 juta anak usia dibawah lima tahun diseluruh dunia mengalami stunting. Data ini telah mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 1990 sebanyak 253 juta anak. Tingkat prevalensi stunting tinggi di kalangan anak usia di bawah lima tahun terdapat di Afrika (36%) dan Asia (27%), dan sering belum diakui sebagai masalah kesehatan masyarakat (WHO, 2012). Prevalensi stunting di seluruh dunia berkisar antara 5 sampai 65% (WHO, 2013).

Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2010, prevalensi gizi kurang dan buruk telah mengalami penurunan dari 18,4% tahun 2007 menjadi 17,9% tahun 2010, dengan prevalensi balita pendek 35,6%. Prevalensi Balita pendek terdiri dari sangat pendek 18,5% dan pendek 17,1%. Penurunan terjadi pada balita pendek dari 18,0% menjadi 17,1% dan balita sangat pendek dari 18,8% menjadi 18,5% (Anonim, 2011).

Berdasarkan hasil survey yang dilakukan oleh SEANUTS (South East Asia Nutrition Surveys) pada tahun 2011 terkait masalah gizi anak di empat negara : Indonesia, Malaysia, Thailand, dan Vietnam, diketahui bahwa anak-anak Indonesia paling pendek di antara keempat negara tersebut. Untuk anak usia sekolah, yaitu usia 5 - 12 tahun ditemukan kejadian anak pendek (*stunting*) rata-rata 24,1% untuk anak laki-laki dan 25,2 % untuk anak perempuan. Anak usia sekolah yang menderita stunting parah sebesar 5,9 % untuk anak laki-laki dan 4,9 % untuk anak perempuan (Anonim, 2012).

Berdasarkan laporan Riskesdas 2010, prevalensi stunting di Indonesia masih sangat tinggi, yaitu 36,5%. Lima provinsi dengan prevalensi stunting tertinggi di Indonesia adalah Nusa Tenggara Timur (58,4%), Papua Barat (49,2%), Nusa Tenggara Barat (48,2%) Sumatera Utara (42,3%) dan Sulawesi Barat (41,6%). Di Provinsi Aceh, juga ditemukan prevalensi stunting yang cukup tinggi yaitu 39%.

Sementara itu, Zahra (2011) melaporkan bahwa lebih dari sepertiga (36,1%) anak usia sekolah di Indonesia tergolong pendek yang merupakan indikator adanya kurang gizi kronis dan terjadinya penyakit infeksi berulang.

Sedangkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menemukan balita pendek di Indonesia justru meningkat menjadi 37,2% dan proporsi anak pendek berdasarkan jenis kelamin berkisar antara 27,6 sampai 37,7 % pada anak laki-laki usia 5 - 12 tahun dan 25,1 sampai 35,8% untuk anak perempuan (Kemenkes RI, 2014).

Prevalensi stunting di Indonesia tersebut masih cukup tinggi jauh di atas batas *non public health* yang ditetapkan WHO yaitu 20 % (Anonim, 2011).

B. Faktor Risiko Stunting

Merujuk pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tanggal 30 Desember 2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian Pendek dan Sangat Pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (stunting-pendek) dan *severely* (gizi kurang) (Anonim, 2011).

WHO mendeskripsikan keadaan stunting merupakan kegagalan pencapaian pertumbuhan linier yang disebabkan oleh kondisi kesehatan yang tidak optimal atau kurang gizi. Tingginya angka stunting pada anak-anak di negara berkembang berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi yang buruk, peningkatan faktor risiko dan paparan sejak usia dini yang menimbulkan penyakit, serta pola asuh / pemberian makan yang tidak benar (WHO, 2013).

Penelitian kelompok studi Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia di Aceh pada tahun 2011 memperoleh hasil adanya hubungan yang signifikan antara perilaku ibu yang memberikan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) berkaitan dengan asupan kolostrum pada bayi dan pertumbuhan bayi yang dapat mencegah stunting. Selain itu diketahui pula faktor-faktor lain yang berpengaruh untuk pertumbuhan bayi yang normal adalah pola konsumsi dan asupan tablet besi selama kehamilan.

Stunting terutama disebabkan oleh masalah kekurangan gizi yang berawal dari masalah kemiskinan, politik, budaya, serta kedudukan perempuan di masyarakat. Stunting dipengaruhi oleh dua hal, yaitu faktor keturunan dan keadaan lingkungan (Anonim, 2013). Tetapi faktor lingkungan memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap kejadian stunting, yaitu mencapai 90 % dan faktor keturunan hanya 10 %. Hal ini sesuai dengan riset WHO yang menemukan bahwa pada dasarnya setiap anak mempunyai kemampuan yang sama dalam hal pertumbuhan, namun peran lingkungan akan sangat mempengaruhi

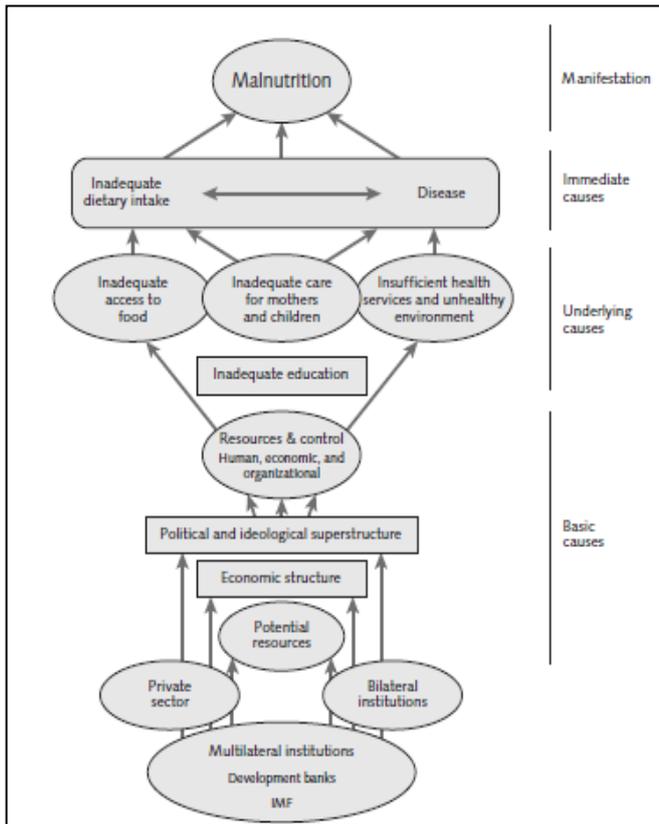
seorang anak untuk bisa tumbuh tinggi. Salah satu faktor lingkungan yang memiliki pengaruh besar ialah kesadaran masyarakat untuk memberikan asupan gizi yang cukup pada 1000 hari pertama kehidupan bayi. Jika asupan gizi pada masa tersebut cukup maka kemungkinan besar stunting pada anak dapat dicegah. Selain asupan gizi yang buruk, stunting juga dapat disebabkan oleh penyakit infeksi berulang pada anak.

Stunting juga merupakan manifestasi dari konsekuensi lebih lanjut Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) dan kurang gizi pada masa balita serta tidak adanya pencapaian perbaikan pertumbuhan yang sempurna pada masa berikutnya (Anonim, 2013). Stunting juga dapat disebabkan oleh kurangnya konsumsi makanan bergizi yang mengandung protein, kalori, dan vitamin, khususnya vitamin D. Keseimbangan asupan gizi makro (karbohidrat, protein, lemak) dan gizi mikro (vitamin dan mineral) merupakan faktor penting untuk menghindarkan anak dari stunting. Gizi mikro khususnya vitamin D yang dikombinasikan dengan aktivitas di luar ruangan merupakan faktor penting dalam mencegah anak stunting (Anonim, 2013).

Hartono et al. (2013) mengemukakan bahwa ada hubungan signifikan antara asupan protein dengan kejadian stunting pada anak sekolah dasar sedangkan pada asupan vitamin C dan kalsium tidak ada hubungan dengan kejadian stunting.

Sementara itu hasil penelitian Al-Ansori (2013) menemukan bahwa Faktor risiko kejadian stunting pada anak usia 12-24 bulan adalah status ekonomi keluarga, riwayat ISPA, dan asupan protein kurang. *Riwayat pemberian ASI eksklusif, pendidikan orang tua, riwayat diare, asupan energi, lemak, karbohidrat, zinc dan kalsium bukan merupakan faktor risiko kejadian stunting.*

Stunting sebagai salah satu bentuk manifestasi dari malnutrisi berkaitan dengan berbagai faktor yang kompleks sebagai penyebabnya. Bloem (2013) memaparkan bahwa penyebab terjadinya malnutrisi menyangkut berbagai aspek yaitu asupan gizi yang tidak adekuat, kesulitan akses terhadap pangan yang sehat, kurangnya perhatian dan fasilitas kesehatan bagi ibu dan anak, kurangnya pengetahuan, sampai pada aspek sosial, ekonomi, dan politik sebagai aspek-aspek mendasar.



Gambar 1. Konsep kerangka kerja UNICEF untuk penanganan malnutrisi yang dimodifikasi oleh Bloem et al (2013)

C. Akibat Stunting pada anak usia sekolah

Stunting pada anak dapat berakibat fatal terhadap produktivitasnya di masa dewasa. Anak stunting juga mengalami kesulitan dalam belajar membaca dibandingkan anak normal. Anak yang mengalami stunting memiliki potensi tumbuh kembang yang tidak sempurna, kemampuan motorik dan produktivitas rendah, serta memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita penyakit tidak menular. Stunting merupakan gangguan pertumbuhan yang dapat mengindikasikan adanya gangguan pada organ-organ tubuh. Salah satu organ yang paling cepat mengalami kerusakan pada kondisi gangguan gizi ialah otak. Otak merupakan pusat syaraf yang sangat berkaitan dengan respon anak untuk melihat, mendengar, berpikir, serta melakukan gerakan (Picauly dan Magdalena, 2013). Hal ini didukung oleh pendapat Almatsier (2001) yang mengatakan bahwa kekurangan gizi dapat mengakibatkan gangguan fungsi otak secara permanen.

Penelitian Picauly dan Magdalena (2013) mengenai pengaruh stunting terhadap prestasi belajar anak sekolah di Kupang dan Sumba Timur, NTT menemukan bahwa setiap kenaikan status gizi TB/U anak sebesar 1SD maka prestasi belajar anak meningkat sebesar

0,444, demikian pula sebaliknya. Sehingga disimpulkan bahwa stunting berdampak sangat signifikan terhadap prestasi belajar anak.

Penjelasan Prof. Haman hadi dalam Anonim (2013) menyebutkan bahwa konsekuensi terbesar dari stunting adalah meningkatnya kesakitan dan kematian anak, risiko obesitas lebih besar di masa dewasa, dan rentan terhadap penyakit tidak menular seperti diabetes, jantung, penyakit pembuluh darah, kanker, dan stroke. Dampak stunting juga nampak pada hambatan perkembangan kognitif anak dan berpeluang menderita penyakit degeneratif.

D. Rencana Aksi Pencegahan Stunting di Indonesia

Kemiskinan dan kelaparan telah menjadi salah satu agenda utama yang menjadi perhatian dunia. Dalam kesepakatan global *Millenium Development Goals (MDGs)* pada poin pertama menegaskan bahwa di tahun 2015 setiap negara menurunkan kemiskinan dan kelaparan separuh dari kondisi tahun 1990. Sehingga penanganan stunting merupakan kunci penting dalam pencapaian tujuan *MDGs*. Pemerintah Indonesia telah menetapkan upaya penurunan angka stunting melalui Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan tahun 2005 – 2025.

“*Scaling Up Nutrition (SUN) Movement*” merupakan gerakan global di bawah koordinasi Sekretaris Jenderal (Sekjen) PBB sebagai respon negara-negara di dunia terhadap kondisi status pangan dan gizi di sebagian besar negara berkembang. Gerakan ini bertujuan meningkatkan penanganan masalah gizi, dengan fokus pada 1000 hari pertama kehidupan yaitu janin dalam kandungan, bayi dan anak usia 6 – 23 bulan, termasuk ibu hamil dan ibu menyusui (Bappenas, 2013).

Direktorat Bina Gizi yang bekerjasama dengan UNICEF Indonesia juga gencar melaksanakan advokasi stunting yang bertujuan untuk memotong adanya generasi stunting di Indonesia. Advokasi telah dimulai di wilayah binaan UNICEF yang meliputi beberapa Kabupaten di Provinsi Jawa Tengah, NTT, NTB, Aceh, dan Papua selama bulan Mei hingga Juli 2011 (Zahraini, 2011).

Penanggulangan dan penanganan masalah stunting perlu dimulai dari calon ibu. Pemenuhan kebutuhan gizi dan suplementasi (tablet Fe) pada wanita usia subur (WUS) dan ibu hamil merupakan faktor penting yang perlu dilakukan untuk menurunkan kejadian stunting di Indonesia. Pemantauan kesehatan ibu hamil dan balita secara rutin dan benar dapat mengurangi pula kemungkinan kejadian

stunting. Selain itu, perlu dilakukan pula pemberian ASI eksklusif bagi bayi 0-6 bulan, pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) bagi bayi di atas 6 bulan dalam jumlah dan kualitas yang cukup, serta suplementasi vitamin A bagi balita. Upaya deteksi dini melalui pemantauan pertumbuhan secara rutin dan benar juga akan sangat berguna untuk menurunkan kejadian stunting (Anonim, 2011).

Kesimpulan

Prevalensi Stunting di Indonesia masih cukup tinggi (36,5%) melebihi batas non public health WHO (20%)

Stunting disebabkan oleh defisiensi gizi kronis sejak bayi bahkan sejak dalam kandungan

Stunting disebabkan oleh kurangnya asupan kalori, protein, vitamin dan mineral, terutama vitamin D

Stunting mengakibatkan kemampuan pertumbuhan yang rendah pada masa berikutnya, baik fisik maupun kognitif, dan akan berpengaruh terhadap produktivitas di masa dewasa.

Upaya penurunan angka stunting harus terus dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Anshori, Husein dan Nuryanto Nuryanto. 2013. Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Anak Usia 12-24 Bulan (Studi di Kecamatan Semarang Timur). *Journal of Nutrition College*, Vol 2, No 4.

Almatsier, Sunita. 2001. Prinsip dasar ilmu gizi. Cetakan ke-5. GramediaPustaka Utama, Jakarta.

Anonim, 2011. Umur Sama, Tinggi Badan Berbeda. <http://www.gizikia.depkes.go.id/archives/terbitan/umur-samatinggi-badan-berbeda>. Diakses 7 Januari 2013.

Bappenas, 2013. Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi. <http://www.bappenas.go.id/unit-kerja/deputi-sdm/dit-kgm/contents-direktorat-kesehatan-dan-gizi-masyarakat/gerakan-nasional-percepatan-perbaikan-gizi>. Diakses 8 Desember 2013.

Bloem, Martin W., Saskia de Pee, Le Thi Hop, Nguyen Cong Khan, Arnaud Lailou, Minarto, Regina Moench-Pfanner, Damayanti Soekarjo, Soekirman, J. Antonio Solon, Chan Theary, dan Emorn Wasantwisut. 2013. Key strategies to further reduce stunting in Southeast Asia : Lessons from ASEAN countries workshop. *Food and Nutrition Bulletin*, Vo. 34, no. 2 : S8-S15.

Hartono, Rudy, H. Mustamin, dan Asmansyah. 2013. Hubungan Asupan Protein, Kalsium dan Vitamin C Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Sekolah Dasar di Kecamatan Biringkanaya Kota Makassar. *Media Kesehatan*. Vol. VII No. 2

Bloem, Martin W., Saskia de Pee, Le Thi Hop, Nguyen Cong Khan, Arnaud Lailou, Minarto, Regina Moench-Pfanner, Damayanti Soekarjo, Soekirman, J. Antonio Solon, Chan Theary, and Emorn Wasantwisut. 2013. Key strategies to further reduce stunting in Southeast Asia: Lessons from the ASEAN countries workshop. *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 34, no. 2 (supplement). The United Nations University.

WHO, 2012. UNICEF-WHO-The World Bank joint child malnutrition estimates. dalam <http://www.indonesian-publichealth.com/2013/03/pemantauan-status-gizi.html>. Diakses 7 Januari 2013.

WHO, 2013. Child growth indicators and their interpretation. <http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index2.html>. diakses 2 Januari 2013. Diakses 5 Januari 2013.

Zahraini, 2011. STOP Generasi Stunting di Indonesia. <http://gizi.depkes.go.id/stop-generasi-stunting-di-indonesia>. Diakses 6 Januari 2014.

Jumirah, Zulhaida Lubis, dan Evawany Aritonang. 2010. Status gizi dan tingkat kecukupan energi dan protein anak sekolah dasar di desa Namo Gajah, Kecamatan Medan Tuntungan, Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat FKM USU [http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/21060/1/ikm-jun2008-12%20\(1\).pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/21060/1/ikm-jun2008-12%20(1).pdf), diakses 2 Juli 2014.

Picauly Intje dan Sarci Magdalena Toy. 2013. Analisis determinan dan pengaruh stunting terhadap prestasi belajar anak sekolah di Kupang dan Sumba Timur, NTT. *Jurnal Gizi dan Pangan*, Maret 2013, 8(1): 55—62. journal.ipb.ac.id/index.php/jgizipangan/article/download/7254/5665. Diakses 2 Juli 2014.

