

**Caring : Jurnal Keperawatan**

Vol. 10, No. 1, Maret 2021, pp. 65– 74

ISSN 2656-1557 (Online) 1978-5755 (Print)

DOI: 10.29238

Journal homepage: <http://e-journal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/caring/>

## **Gambaran Perkembangan pada Anak Stunting**

### **Description of Development in Stunting Children**

Dini Sisware Yulia<sup>1a</sup>, Ganis Indriati<sup>2b</sup>, Wan Nishfa Dewi<sup>3b</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Riau, Pekanbaru, Indonesia

<sup>a</sup>[dinisiswareyulia@gmail.com](mailto:dinisiswareyulia@gmail.com)

---

#### **HIGHLIGHTS**

-

---

#### **ARTICLE INFO**

##### **Article history**

Received date 29 June 2020

Revised date 20 July 2020

Accepted date 30 September 2020

##### **Keywords:**

Children

Development

Stunting

##### **Kata Kunci:**

Balita

Perkembangan

Stunting

#### **ABSTRACT /ABSTRAK (DALAM DUA BAHASA)**

*Stunting is one of the problems in growth. Growth disorders can affect the development of the children. The purpose of this research is to identify the description of development in stunting children. This research used descriptive design. There were 35 respondents chosen by using purposive technique sampling. This research used DDST II as the questionnaire. The result of this research found that the majority of respondent were 21 children (60%) who are in the aged of 12-36 month, the female respondents were 22 children (62.9%), the category of stunting were 29 children (82.9%), the suspect development were 24 children (68.6%). This research is expected help the community, especially for parents, to get information to be able to pay attention and fulfill the child growth needs and measure the growth and development the children everymonth so as to optimize children development.*

##### **Abstrak**

*Stunting (pendek) merupakan salah satu masalah dalam pertumbuhan. Gangguan pertumbuhan dapat mempengaruhi perkembangan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi gambaran perkembangan pada anak stunting. Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan jumlah responden 35 responden yang diambil dengan Teknik pengambilan sampel purposive sampling. Penelitian ini menggunakan kuesioner DDST II. Hasil penelitian menemukan mayoritas responden berusia 12-36 bulan sebanyak 21 anak (60%), berjenis kelamin perempuan sebanyak 22 anak (62.9%), kategori status gizi stunting sebanyak 29 anak (82.9%), dan sebanyak 24 anak memiliki perkembangan suspect (68.6%). Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi bagi masyarakat khususnya orang tua agar dapat memperhatikan dan memenuhi kebutuhan nutrisi anak serta mengukur pertumbuhan dan perkembangan anak setiap bulannya sehingga dapat mengoptimalkan perkembangan anak.*

Copyright © 2020 Caring : Jurnal Keperawatan.  
All rights reserved

---

##### **\*Corresponding Author:**

Dini Sisware Yulia,

Program S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Riau,

Jln. Pattimura No. 9, Gedung G, Pekanbaru, Riau.

Email: [dinisiswareyulia@gmail.com](mailto:dinisiswareyulia@gmail.com)

---

## 1. PENDAHULUAN

Masalah gizi yang dialami anak-anak di Indonesia salah satunya adalah *stunting*. *Stunting* atau pendek merupakan keadaan hasil pengukuran Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) atau Panjang Badan menurut Umur (PB/U) didapatkan diantara -3 sampai dengan -2 Standar Deviasi (SD), dan sangat pendek (*severe stunting*) adalah keadaan hasil pengukuran TB/U atau PB/U kurang dari -3 SD<sup>1</sup>.

Unicef menyebutkan bahwa terdapat 21,9% atau 149 juta balita mengalami *stunting*<sup>2</sup>. Indonesia merupakan Negara yang memiliki prevalensi *stunting* dengan peringkat kelima terbesar di dunia<sup>3</sup>. Data dari Pemantauan Status Gizi (PSG) selama tiga tahun terakhir, *stunting* memiliki prevalensi tertinggi dibandingkan dengan masalah gizi lainnya seperti gizi kurang, kurus, dan gemuk. Prevalensi balita *stunting* mengalami peningkatan dari tahun 2016 yaitu 27,5% menjadi 29,6% pada tahun 2017<sup>4</sup>. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi *stunting* dalam lingkup nasional sebesar 30,8%, terdiri dari prevalensi *stunting* sebesar 19,3% dan *severe stunting* sebesar 11,5%<sup>5</sup>. Prevalensi *stunting* di Provinsi Riau menurut data Riskesdas tahun 2018 sekitar sebesar 26,0%. Prevalensi *stunting* tersebut menunjukkan terjadi penurunan yang signifikan dibandingkan tahun 2013 (34,1%)<sup>5</sup>.

Faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* adalah genetik orangtua, pendidikan orang tua, pendapatan keluarga, pengetahuan ibu yang kurang mengenai gizi anak, asi eksklusif, dan riwayat penyakit infeksi<sup>6</sup>. *Stunting* pada balita perlu menjadi perhatian khusus karena dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak<sup>7</sup>. Proses pertumbuhan dan perkembangan harus dipantau dengan cermat karena setiap batas umur tertentu anak memiliki tahapan kemampuan yang wajib dikuasai<sup>8</sup>. Permenkes RI No.66 tahun 2014 tentang pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan gangguan tumbuh kembang anak menyebutkan bahwa pemantauan tumbuh kembang adalah suatu kegiatan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan pertumbuhan (status gizi kurang atau buruk dan anak *stunting*), penyimpangan perkembangan (terlambat bicara), dan penyimpangan mental emosional anak (gangguan konsentrasi dan hiperaktif)<sup>9</sup>.

Pemantauan pertumbuhan dilakukan dengan pengukuran antropometri yaitu metode untuk menilai ukuran, proporsi, komposisi tubuh sebagai rujukan untuk menilai status gizi dan tren pertumbuhan anak. Pengukuran antropometri ini meliputi menimbang berat badan, mengukur panjang badan atau tinggi badan kemudian hasil pengukuran dimasukkan kedalam tabel berat badan menurut umur, tinggi badan menurut umur maupun panjang badan menurut umur dan jenis kelamin<sup>1</sup>. Sedangkan pemantauan perkembangan yang umum untuk bayi dan anak-anak adalah dengan menggunakan *Denver Development Screening Test II* (DDST II)<sup>10</sup>. DDST II bertujuan untuk menskrining secara dini masalah penyimpangan atau kelainan perkembangan anak berumur kurang dari 6 tahun<sup>11</sup>. DDST II terdapat 125 tugas perkembangan yang terbagi dalam 4 sektor besar yaitu sektor perkembangan bahasa, gerakan motorik halus, gerakan motorik kasar, dan perkembangan perilaku sebagai hasil dari interaksi dengan lingkungannya<sup>11</sup>. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan sangat diperlukan untuk

mendeteksi pertumbuhan dan perkembangan anak serta penyimpangan tumbuh kembang balita termasuk *stunting* pada balita<sup>12</sup>.

*Stunting* dalam jangka pendek dapat menyebabkan tidak optimalnya perkembangan kognitif atau kecerdasan, motorik, dan verbal. Dampak jangka panjang dari *stunting* yaitu postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa, peningkatan risiko obesitas, tidak optimalnya kapasitas belajar dan performa saat masa sekolah, dan tidak maksimalnya produktivitas dan kapasitas kerja saat dewasa<sup>4</sup>. Penelitian yang dilakukan oleh Crookston et al. menemukan hal yang sama yaitu anak yang memiliki badan lebih tinggi dibandingkan dengan teman seusianya akan memiliki kosa kata yang lebih banyak<sup>13</sup>.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada 10 orang anak *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Rejosari Pekanbaru, didapatkan 7 dari 10 orang anak *stunting* memiliki perkembangan yang dicurigai ada keterlambatan yaitu pada aspek bahasa, motorik kasar, dan motorik halus. Peneliti berdasarkan latar belakang tersebut tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran perkembangan pada anak *stunting*.

## 2. BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif yang dilakukan di tiga Puskesmas di Pekanbaru, yaitu Puskesmas Rejosari, Puskesmas Harapan Raya, dan Puskesmas Simpang Tiga pada tanggal 17-26 Juni 2020. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 35 responden yang diambil dengan teknik *purposive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu oleh peneliti. Instrument penelitian yang digunakan pada penelitian ini ialah lembar observasi antropometri dan DDST II. Analisa yang digunakan ialah analisa deskriptif yang bertujuan untuk mengidentifikasi karakteristik responden (usia dan jenis kelamin anak) dan gambaran perkembangan anak *stunting*.

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden (n=35)**

	Kriteria	Jumlah	Persentase (%)
Usia anak	0-12 bulan (bayi)	0	0,0
	13-36 bulan (toddler)	21	60,0
	37-72 bulan (pra sekolah)	14	40,0
	Total	35	100,0
Jenis kelamin	Laki-laki	13	37,1
	Perempuan	22	62,9
	Total	35	100,0
Kategori status gizi	<i>Stunting</i>	29	82,9
	<i>Severe stunting</i>	6	17,1
	Total	35	100,0

Tabel 1 mendapatkan hasil bahwa mayoritas usia anak *stunting* adalah usia 13-36 bulan yaitu sebanyak 21 anak (60%) dan mayoritas jenis kelamin adalah perempuan yaitu sebanyak 22 anak (62,9%) sedangkan mayoritas kategori status gizi adalah pada kategori *stunting* yaitu sebanyak 29 anak (82,9%).

**Tabel 2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan perkembangan anak (n=35)**

Perkembangan	Jumlah	Persentase (%)
Normal	11	31,4
<i>Suspect</i>	24	68,6
Total	35	100,0

Tabel 2 mendapatkan bahwa mayoritas anak *stunting* memiliki perkembangan *suspect* yaitu sebanyak 24 anak (68,6%).

**Tabel 3. Distribusi frekuensi perkembangan anak *stunting* (n=110)**

No	Kategori status gizi	Perkembangan anak							
		Normal				<i>Suspect</i>			
		PS	MH	B	MK	PS	MH	B	MK
1	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	6N 1C	5N	6N 3C	4N
2	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	6N 1C	6N	7N 1C 1D	5N 1C 3D
3	<i>Stunting</i>	1A 5N	8N	11N 1C	1A 5N	-	-	-	-
4	<i>Stunting</i>	7N	5N	10N	6N	-	-	-	-
5	<i>Stunting</i>	5N	1A 5N	11N	6N	-	-	-	-
6	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	7N	4N	4N 3C 1D	5N
7	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	7N	5N	8N 2D	6N
8	<i>Stunting</i>	1A 4N	5N 1C	11N	6N	-	-	-	-
9	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	5N	6N	11N 1C 1D	6N
10	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	5N	5N	6N 1C 2D	5N
11	<i>Stunting</i>	3N	5N	6N	4N	-	-	-	-
12	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	5N	5N	10N 2C	5N
13	<i>Stunting</i>	5N	7N	1A 8N	6N	-	-	-	-
14	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	3N 2C	6N 1C	7N 1C 1D	6N
15	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	3N 2C	6N 2C	7N 1C 1D	6N
16	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	7N 1C	4N 1C	3N 1C	5N

No	Kategori status gizi	Perkembangan anak							
		Normal				Suspect			
		PS	MH	B	MK	PS	MH	B	MK
							1D		
17	<i>Stunting</i>	1A 7N	5N	15N	3N 1C	-	-	-	-
18	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	9N	5N	3N 1C 1D	5N
19	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	4N 1C	4N	6N 2C 1D	5N
20	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	7N	4N	7N 3C	5N
21	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	5N	4N	7N 3C	3N
22	<i>Stunting</i>	6N	5N	13N	4N	-	-	-	-
23	<i>Stunting</i>	4N	5N	6N	2A 3N	-	-	-	-
24	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	7N	5N	8N 1C 1D	6N
25	<i>Stunting</i>	1A 3N	7N	10N 1C	6N	-	-	-	-
26	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	4N	6N 1C	5N 3C	5N
27	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	4N	6N 1C	5N 3C	5N
28	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	6N	6N	8N 2C	4N
29	<i>Stunting</i>	-	-	-	-	6N	4N	8N 1C 1D	5N
30	<i>Severe stunting</i>	-	-	-	-	8N	6N	5N 2C 1D	6N
31	<i>Severe stunting</i>	-	-	-	-	5N 1C 1D	3N 1C 1D	5N 4C 2D	3N 1C 5D
32	<i>Severe Stunting</i>	5N	8N	12N	6N	-	-	-	-
33	<i>Severe Stunting</i>	-	-	-	-	6N	5N	6N 3C	5N
34	<i>Severe stunting</i>	-	-	-	-	6N C1	7N	12N 1D	6N
35	<i>Severe Stunting</i>	-	-	-	-	6N	5N	6N 4C	4N

Tabel 3 mendapatkan bahwa aspek perkembangan yang paling terganggu adalah bahasa yaitu sebanyak 24 anak (68,6%), sehingga mempengaruhi hasil penilaian DDST.

**Tabel 4. Distribusi frekuensi perkembangan anak *stunting* berdasarkan kategori status gizi (n=35)**

Karakteristik Responden	Normal		Suspect		Total
	n	%	n	%	
Kategori status gizi <i>Stunting</i>	10	34,5	19	65,5	29

<i>Severe stunting</i>	1	16,7	5	83,3	6
------------------------	---	------	---	------	---

Tabel 4 mendapatkan bahwa pada anak *stunting* dengan kategori status gizi *stunting* terdapat 10 orang anak (34,5%) dengan perkembangan normal dan 19 orang anak (65,5%) dengan perkembangan tidak sesuai tahap perkembangan sedangkan pada anak dengan status gizi *severe stunting* terdapat 1 orang anak (16,7%) dengan perkembangan normal dan 5 orang anak (83,3%) dengan perkembangan tidak sesuai tahap perkembangan.

#### **Karakteristik Responden**

Penelitian yang telah dilakukan tentang gambaran perkembangan pada anak *stunting* terhadap 35 responden di Puskesmas wilayah Kota Pekanbaru dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden adalah usia 12-36 bulan yaitu sebanyak 21 anak (60%). Usia 12-36 bulan termasuk dalam fase *toddler*. Penelitian yang dilakukan oleh Wahyudi menemukan hal yang sama yaitu mayoritas usia anak *stunting* berada pada usia *toddler* yaitu dengan persentase 64,9%<sup>14</sup>. Usia *toddler* merupakan masa eksplorasi lingkungan yang intensif karena anak berusaha mencari tahu bagaimana semua terjadi<sup>15</sup>. Masa tumbuh kembang diusia ini merupakan masa yang tidak akan pernah terulang dan berlangsung cepat, karena itu sering disebut dengan *golden age* atau masa keemasan, namun pada masa ini anak rentan mengalami masalah gizi yang akan berpengaruh pada status gizi anak diusia selanjutnya<sup>15</sup>.

Mayoritas jenis kelamin pada penelitian ini adalah perempuan yaitu sebanyak 22 anak (62,9%). Penelitian yang dilakukan oleh Hidayat menemukan hal yang sama yaitu mayoritas jenis kelamin anak *stunting* adalah perempuan yaitu sebanyak 18 anak (38,3%)<sup>16</sup>. Larasati menemukan hal yang berbeda yaitu bahwa anak laki-laki memiliki resiko lebih besar mengalami *stunting* dari pada anak perempuan. Nashikah menyebutkan bahwa anak laki-laki lebih rentan mengalami *stunting* karena ukuran tubuh anak laki-laki lebih besar dan membutuhkan asupan energi yang lebih besar pula sehingga jika asupan makanan tidak terpenuhi dan terjadi dalam jangka waktu yang lama akan dapat meningkatkan gangguan pertumbuhan<sup>17</sup>. Penelitian yang dilakukan Febriani menemukan hal yang sama yaitu anak laki-laki lebih rentan mengalami *stunting*. Hal tersebut dikarenakan pada umumnya anak laki-laki lebih aktif bermain di luar rumah, seperti melompat, berlarian, sehingga mereka lebih mudah menyentuh lingkungan yang kotor dan menghabiskan lebih banyak energi, sementara asupan energinya tidak tercukupi<sup>18</sup>. Unicef menyebutkan bahwa anak laki-laki dan perempuan memiliki risiko yang hampir sama untuk tumbuh menjadi *stunting*, hal tersebut karena kebutuhan zat gizi yang diperlukan oleh anak balita laki-laki dan perempuan hampir sama karena sama-sama termasuk dalam masa pertumbuhan sehingga laju pertumbuhan cenderung sama hingga usia 8 tahun<sup>19</sup>. Mayoritas kategori status gizi pada penelitian ini adalah pada kategori *stunting* yaitu sebanyak 29 anak (82,9%). Penelitian Alrasyid menemukan hal yang sama yaitu mayoritas kategori status gizi anak adalah pada kategori *stunting* sebanyak 180 anak (89,1%)<sup>20</sup>.

#### **Perkembangan Anak *stunting***

Penelitian ini mendapatkan bahwa mayoritas anak *stunting* memiliki perkembangan *suspect* yaitu sebanyak 24 anak (68,6%). Penelitian Prabosiwi menemukan hal yang sama yaitu mayoritas perkembangan pada anak *stunting* adalah *suspect* yaitu sebanyak 22 anak (59,5%)<sup>21</sup>. Pada penelitian ini aspek perkembangan yang paling terganggu adalah bahasa yaitu sebanyak 24 anak (68,6%), sehingga mempengaruhi hasil penilaian DDST. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Crookston et al. yang menyebutkan bahwa anak yang memiliki badan lebih tinggi dibandingkan dengan teman seusianya akan memiliki kosa kata yang lebih banyak<sup>13</sup>. Balita *stunting* hanya mampu meraih tugas perkembangan bahasa yang sederhana dan mereka sulit untuk mencapai tugas perkembangan bahasa yang lebih kompleks sesuai dengan tahapan usianya karena mereka memiliki kemampuan kognitif yang lebih rendah dibandingkan dengan balita yang tidak *stunting*<sup>22</sup>.

Hasil analisis data untuk aspek perkembangan menunjukkan perkembangan balita yang diukur menggunakan DDST II didapatkan hasil bahwa mayoritas perkembangan anak *stunting* pada aspek personal sosial adalah normal yaitu sebanyak 34 anak. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas anak sudah mampu mandiri, bersosialisasi, dan melakukan interaksi dengan lingkungan sekitar<sup>23</sup>. Hal tersebut disebabkan karena oleh faktor lingkungan internal dan eksternal, yaitu cara anak melakukan interaksi dengan orang tua akan mempengaruhi hubungan anak dengan lingkungan dikarenakan adanya interaksi yang erat dengan orang di sekitar, seperti orang tua, teman seusia, dan yang lainnya akan sangat mempengaruhi emosi, sosial, dan intelektual anak<sup>24</sup>.

Pada aspek motorik halus mayoritas perkembangan anak *stunting* adalah normal yaitu sebanyak 34 anak. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas balita sudah mampu dalam mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang dilakukan otot-otot kecil dan menggunakan bagian-bagian tubuh tertentu saja, namun memerlukan koordinasi yang cermat. Contohnya yaitu kemampuan anak untuk menulis, memegang benda dan lain-lain<sup>23</sup>.

Pada aspek bahasa mayoritas perkembangan anak *stunting* adalah *caution* yaitu sebanyak 24 anak. Hal ini disebabkan karena kurangnya peran serta orang tua, karena tugas orang dewasa terhadap anak adalah memberikan stimulasi untuk memaksimalkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Bagian terpenting dalam perkembangan bahasa anak adalah orang tua, karena orang tua memiliki peran sebagai model dalam berbahasa dan pengoreksi terhadap kesalahan yang dilakukan anak. Jika orang tua berperan aktif dalam memantau perkembangan bahasa anak dan menjadi model dalam berbahasa dan berperan dalam memperbaiki serta mengoreksi bahasa anak, maka perkembangan bahasa anak optimal<sup>23</sup>.

Pada aspek motorik kasar mayoritas perkembangan anak *stunting* adalah normal yaitu sebanyak 33 anak. Hal tersebut menunjukkan bahwa mayoritas anak mampu dalam melakukan

gerakan yang menggunakan otot-otot besar, contohnya berlari, melompat, dan berjalan. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yang mempengaruhi perkembangan motorik kasar pada anak diantaranya lingkungan pengasuhan<sup>23</sup>.

Penelitian ini mendapatkan bahwa pada anak *stunting* dengan kategori status gizi *stunting* terdapat 10 orang anak (34,5%) dengan perkembangan normal dan 19 orang anak (65,5%) dengan perkembangan tidak sesuai tahap perkembangan sedangkan pada anak dengan status gizi *severe stunting* terdapat 1 orang anak (16,7%) dengan perkembangan normal dan 5 orang anak (83,3%) dengan perkembangan tidak sesuai tahap perkembangan. *Stunting* pada balita harus mendapatkan perhatian khusus karena dapat menghambat perkembangan anak<sup>7</sup>. *Stunting* dalam jangka pendek dapat menyebabkan tidak optimalnya perkembangan kognitif, motorik, dan verbal<sup>4</sup>. Dalam jangka panjang *stunting* dapat menyebabkan tidak optimalnya postur tubuh saat dewasa, meningkatnya risiko obesitas, tidak optimalnya prestasi belajar saat di bangku sekolah, dan tidak maksimalnya kreativitas kerja saat dewasa<sup>4</sup>. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hairunnis yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara status gizi dengan perkembangan anak<sup>25</sup>. Anak balita yang memiliki status gizi normal memiliki kemungkinan 3,3 kali untuk mempunyai perkembangan yang sesuai. Penelitian lain yang dilakukan Arini menyatakan bahwa adanya hubungan *stunting* dengan perkembangan kognitif dan motorik anak<sup>26</sup>.

#### 4. KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah usia 12-36 bulan yaitu 21 anak (60%), dengan mayoritas perempuan yaitu 22 anak (62,9%) dan mayoritas status gizi adalah *stunting* yaitu 29 anak (82,9%). Mayoritas perkembangan anak *stunting* adalah *suspect* yaitu 24 anak (68,6%) dan sisanya 11 anak (31,4%) mempunyai perkembangan yang normal. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan informasi bagi ilmu keperawatan tentang perkembangan pada anak *stunting* dan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk menentukan rencana tindak lanjut untuk mencegah terjadinya penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan pada anak, serta bagi masyarakat khususnya orang tua diharapkan dapat menjadi tambahan informasi untuk mencegah terjadinya penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan pada anak dengan upaya memenuhi kebutuhan nutrisi dan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak secara rutin.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes. Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 2 tahun 2020 tentang standar antropometri anak. (2020).
2. UNICEF. Undernutrition contributes to nearly half of all deaths in children under 5 and is widespread in Asia and Africa. <https://data.unicef.org/> (2018).

3. Kemiskinan, T. N. P. P. 100 kabupaten/kota prioritas untuk intervensi anak kerdil (stunting). *Jakarta Tim Nas. Percepatan Penanggulangan Kemiskinan*. (2017).
4. Kemenkes. Infodatin situasi balita pendek. (2018).
5. Riskesdas. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan Kementerian RI tahun 2018. (2018).
6. Aridiyah, F. O., Rohmawati, N. & Ririanty, M. 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). *Pustaka Kesehat*. **3**, 163–170 (2015).
7. Setiawan, E., Machmud, R. & Masrul, M. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang Tahun 2018. *J. Kesehat. Andalas* **7**, 275–284 (2018).
8. Kusuma, R. M. Hubungan Status Gizi dengan Perkembangan Anak Umur 24-60 Bulan di Kelurahan Bener Kota Yogyakarta. *J. Kesehat. Vokasional* **4**, 122–131 (2019).
9. Kemenkes. Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 66 tahun 2014 tentang pemantauan pertumbuhan, perkembangan dan gangguan tumbuh kembang anak. (2014).
10. Wong, D. L. Buku ajar keperawatan pediatrik vol 1 wong. in (EGC, 2009).
11. Sulistyawati, A. Deteksi tumbuh kembang anak. (2015).
12. SUN. Scalling Up Nutrition (SUN) Movement Strategy [2012-2015]. (2013).
13. Crookston, B. T. *et al.* Impact of early and concurrent stunting on cognition. *Matern. Child Nutr.* **7**, 397–409 (2011).
14. Wahyudi, R. pertumbuhan dan perkembangan balita stunting (The Growth and Development Overview of the Stunting). *J. Keperawatan*, **IV** 56–62 (2018).
15. Soetjningsih, D. Tumbuh kembang anak. *Jakarta EGC* (2013).
16. Hidayat, M. S. & Pinatih, G. N. I. Prevalensi stunting pada balita di wilayah kerja Puskesmas Sidemen Karangasem. *E-Jurnal Med.* **6**, 1–5 (2017).
17. Nasikhah, R. & Margawati, A. Faktor risiko kejadian stunting pada balita usia 24–36 bulan di Kecamatan Semarang Timur. (2012).
18. Febriani, C. A., Perdana, A. A. & Humairoh, H. Faktor kejadian stunting balita berusia 6-23 bulan di Provinsi Lampung. *J. Dunia Kesmas* **7**, (2018).
19. UNICEF. Improving child nutrition, the achievable imperative for global progress. (2013).
20. EP, A. Gambaran Karakteristik Sosial Ekonomi Keluarga Balita Stunting. (2019).
21. Probosiwi, H., Huriyati, E. & Ismail, D. Stunting dan perkembangan pada anak usia 12-60 bulan di Kalasan. *Ber. Kedokt. Masy.* **33**, 559–564 (2017).
22. Hanum, N. L. & Khomsan, A. Pola asuh makan, perkembangan bahasa, dan kognitif anak balita stunted dan normal di Kelurahan Sumur Batu, Bantar Gebang Bekasi. *J. Gizi dan Pangan* **7**, 81–88 (2012).
23. Asthiningsih, N. W. W. Gambaran perkembangan personal sosial, adaptif-motorik halus,

- bahasa, dan personal sosial pada anak balita dengan metode DDST II. *J. Ilmu Kesehatan*, **5**, 61–66 (2017).
24. Rosita, D. & Norazizah, Y. Studi deskriptif perkembangan balita usia 12-24 bulan dengan metode DDST II di Desa Pancur Kecamatan Mayong Kabupaten Jepara. *J. Kesehatan dan Budaya* **8**, (2016).
25. Hairunis, M. N., Salimo, H. & Dewi, Y. L. R. Hubungan status gizi dan stimulasi tumbuh kembang dengan perkembangan balita. *Sari Pediatr.* **20**, 146–151 (2018).
26. Arini, D., Mayasari, A. C. & Rustam, M. Z. A. Gangguan Perkembangan Motorik Dan Kognitif pada Anak Toodler yang Mengalami Stunting di Wilayah Pesisir Surabaya. *J. Heal. Sci. Prev.* **3**, 122–128 (2019).