



Model Pro-Stunt 3T: Pendekatan Multidimensi untuk Pencegahan Stunting di Wiayah 3T

Asriani¹, Agus Putrawan², dan Andika Mayansara³

^{1,2,3} Administrasi Rumah Sakit, Institut Sains Teknologi & Kesehatan 'Aisyiyah Kendari

ABSTRAK. *Stunting merupakan masalah multidimensi yang dipengaruhi oleh faktor gizi, sosial budaya, pendidikan, ekonomi, lingkungan, dan akses layanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan mengembangkan Model PRO-STUNT 3T sebagai kerangka pencegahan stunting berbasis konteks lokal serta mengidentifikasi faktor kunci yang memengaruhi respons masyarakat dan layanan kesehatan. Penelitian menggunakan desain mixed-methods dengan data kualitatif melalui FGD dan wawancara mendalam serta data kuantitatif dari 100 responden yang diukur sebelum dan sesudah intervensi. Analisis kuantitatif menggunakan uji t berpasangan ketika asumsi normalitas selisih skor terpenuhi dan uji Wilcoxon signed-rank ketika asumsi tersebut tidak terpenuhi; data kualitatif dianalisis secara tematik dan diintegrasikan melalui triangulasi. Temuan kualitatif menunjukkan hambatan berupa mual dan muntah pada trimester pertama, keterbatasan tenaga gizi, rendahnya partisipasi posyandu, pantangan pangan, keterbatasan daya beli, dan belum optimalnya pemanfaatan pangan lokal. Skor pengetahuan gizi meningkat dari 66,50 menjadi 78,64; aspek sosial budaya dari 60,73 menjadi 72,54; kepuasan layanan dari 74,96 menjadi 82,24; dan persepsi tentang stunting dari 74,30 menjadi 81,99 (seluruh $p < 0,001$). Kesimpulan: PRO-STUNT 3T dapat dikembangkan sebagai kerangka multidimensi yang menghubungkan pemantauan, respons adaptif, dan optimalisasi kebijakan. Efektivitas jangka panjang terhadap status gizi anak belum dapat disimpulkan tanpa kelompok kontrol dan tindak lanjut yang lebih panjang.*

Kata Kunci : *Stunting; Multidimensional; 3T Region; Community Health*

ABSTRACT. *Stunting is a multidimensional public health problem shaped by nutrition, sociocultural, educational, economic, environmental, and health-service factors. Objective: This study aimed to develop the PRO-STUNT 3T Model as a context-responsive framework for stunting prevention and to identify key factors influencing community and health-service responses. A mixed-methods design was used, combining qualitative data from focus group discussions and in-depth interviews with quantitative data from 100 respondents assessed before and after the intervention. Paired t-test was used when the normality assumption of the change scores was met, whereas the Wilcoxon signed-rank test was used otherwise; qualitative data were analyzed thematically and integrated through triangulation. Qualitative findings identified first-trimester nausea and vomiting, limited nutrition personnel, low participation in integrated health-post activities, food taboos, limited purchasing power, and suboptimal use of local foods as major barriers. Mean nutrition knowledge scores increased from 66.50 to 78.64; sociocultural scores from 60.73 to 72.54; service satisfaction from 74.96 to 82.24; and stunting-perception scores from 74.30 to 81.99 (all $p < 0.001$). Conclusion: PRO-STUNT 3T can be developed as a multidimensional framework linking monitoring, adaptive response, and policy optimization. Its long-term effect on child nutritional status cannot yet be established because the study did not include a control group or long-term follow-up.*

Keyword : *Stunting; Multidimensional; 3T Region; Community Health*

Copyright (c) 2026 Asriani dkk.

✉ Corresponding author : Asriani

Email Address : asrianidifans@gmail.com

Received 12 Juni 2026, Accepted 18 September 2026, Published 18 September 2026

PENDAHULUAN

Stunting tetap menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang paling kritis di Indonesia, terutama di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T). Secara nasional, prevalensi stunting berdasarkan SSGI 2024 turun dari 21,5% pada 2023 menjadi 19,8% pada 2024. Namun, kemajuan nasional tersebut tidak menghapus kesenjangan antardaerah. Sulawesi Tenggara masih mencatat prevalensi 26,1% pada 2024, lebih tinggi daripada angka nasional. Di Kabupaten Konawe, SSGI 2024 mencatat prevalensi stunting sebesar 19,1% dan severe stunting sebesar 5,9%, sehingga total balita pendek dan sangat pendek mencapai 25,0%. Data pemerintah daerah juga menunjukkan bahwa Konawe menghadapi dinamika prevalensi yang berbeda menurut sumber pengukuran, sehingga interpretasi capaian perlu mempertimbangkan perbedaan metodologi SSGI/SKI dan e-PPGBM [1]. Stunting tidak hanya berdampak pada pertumbuhan fisik anak, tetapi juga memengaruhi perkembangan kognitif, prestasi pendidikan, produktivitas kerja, dan kualitas sumber daya manusia di masa dewasa [2]. Selain itu, dampak ekonomi stunting dapat dirasakan oleh keluarga, sektor bisnis, dan negara dalam jangka panjang [3].

Stunting dipahami bukan sekadar akibat asupan gizi yang tidak memadai, tetapi sebagai fenomena multidimensi. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa stunting merupakan masalah multidimensi yang dipengaruhi oleh interaksi faktor kesehatan, gizi, sosial ekonomi, pendidikan, budaya, dan lingkungan. Status gizi ibu selama kehamilan, tingkat pendidikannya, kondisi sosioekonomi keluarga, dan akses terhadap layanan kesehatan merupakan penentu utama stunting pada anak [4],[5],[6]. Selain itu, faktor lingkungan seperti kualitas air, sanitasi yang buruk, paparan logam berat, dan paparan pestisida juga dilaporkan meningkatkan risiko stunting [7].

Dalam konteks wilayah 3T, tantangan pencegahan stunting menjadi lebih kompleks karena keterbatasan infrastruktur kesehatan, rendahnya akses ke pelayanan kesehatan primer, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, serta kondisi sosial ekonomi penduduk yang relatif rentan. Pada tingkat layanan primer, kolaborasi lintas profesi semakin dipandang sebagai mekanisme penting untuk memperkuat pencegahan stunting. Tinjauan sistematis di Indonesia menunjukkan bahwa kolaborasi interprofesional dan penguatan kapasitas layanan dapat mendukung efektivitas implementasi [8]. Penelitian oleh Lestari, Saito, dan Tsuda menunjukkan bahwa ibu di daerah pedesaan Indonesia masih menghadapi berbagai hambatan dalam mengakses layanan kesehatan berkualitas. Kondisi ini berpotensi memperburuk status gizi ibu dan anak jika tidak ditangani melalui intervensi komprehensif.

Aspek sosiobudaya juga merupakan penentu utama dalam pencegahan stunting. Norma sosial, keyakinan tradisional, dan pantangan makanan terkait ibu hamil dan anak masih lazim di berbagai wilayah di Indonesia. Penelitian di kalangan kelompok etnis Tolaki menunjukkan bahwa keyakinan dan norma sosial memengaruhi praktik kesehatan ibu dan anak serta berkontribusi terhadap risiko stunting [9]. Temuan serupa juga dilaporkan oleh Marni [10] dan Lumbanraja [11], yang menegaskan bahwa praktik budaya dan pola pengasuhan keluarga dapat memengaruhi status gizi anak-anak.

Di sisi lain, strategi komunikasi kesehatan yang efektif telah terbukti meningkatkan pengetahuan masyarakat, memperbaiki perilaku gizi, dan memperkuat partisipasi masyarakat dalam program pencegahan stunting [12],[13]. Oleh karena itu, diperlukan model pencegahan stunting yang tidak hanya berfokus pada aspek gizi, tetapi juga mengintegrasikan faktor-faktor sosiobudaya, pendidikan, ekonomi, lingkungan, dan kualitas layanan kesehatan [14]. Berdasarkan kebutuhan tersebut, penelitian ini mengusulkan Model PRO-STUNT 3T sebagai pendekatan multidimensi yang dirancang untuk mendukung percepatan pengurangan stunting di wilayah 3T melalui pemantauan respons masyarakat dan optimalisasi kebijakan pencegahan stunting.

Sebagai salah satu provinsi dengan angka stunting tertinggi di Indonesia, di mana sebagian besar wilayahnya merupakan daerah pedesaan, penelitian yang mengevaluasi kepuasan pasien yang menjadi penerima manfaat program penanggulangan stunting masih sangat terbatas dalam hal integrasi yang tepat. Meskipun penelitian tentang determinan stunting, edukasi gizi, dan faktor sosial budaya telah berkembang, masih terbatas model operasional yang mengintegrasikan pemantauan faktor multidimensi, respons adaptif berbasis konteks lokal, dan umpan balik kebijakan pada tingkat layanan primer di wilayah 3T. Penelitian mengenai komunikasi layanan menunjukkan bahwa penguatan komunikasi lintas sektor dan komunikasi antarpribadi berkaitan dengan penguatan fasilitas, sanitasi, dan kepuasan masyarakat dalam layanan stunting [15]. Namun, bukti tersebut belum secara spesifik mengembangkan siklus pemantauan-respons-optimalisasi kebijakan pada konteks layanan primer wilayah 3T.

Atas dasar hal tersebut, penelitian ini mengembangkan Model PRO-STUNT 3T Pemantauan, Respons, dan Optimalisasi Kebijakan Pencegahan Stunting di Daerah 3T sebagai pendekatan multidimensi yang mengintegrasikan pengetahuan gizi, sosial budaya, kepuasan layanan, persepsi tentang stunting, kapasitas aktor layanan, dan pemanfaatan pangan lokal. Kebaruan penelitian terletak pada pengorganisasian faktor-faktor tersebut ke dalam satu siklus operasional yang dimulai dari pemantauan, diterjemahkan menjadi respons yang sensitif terhadap konteks masyarakat, kemudian digunakan sebagai umpan balik untuk optimalisasi kebijakan. Bukti tentang edukasi kesehatan dan pengembangan kapasitas keluarga memperkuat rasionalitas bahwa peningkatan kapasitas keluarga perlu ditempatkan sebagai bagian dari respons model [16]. Tujuan penelitian adalah mengembangkan kerangka PRO-STUNT 3T dan mengidentifikasi faktor kunci yang perlu menjadi sasaran pencegahan stunting di wilayah studi.

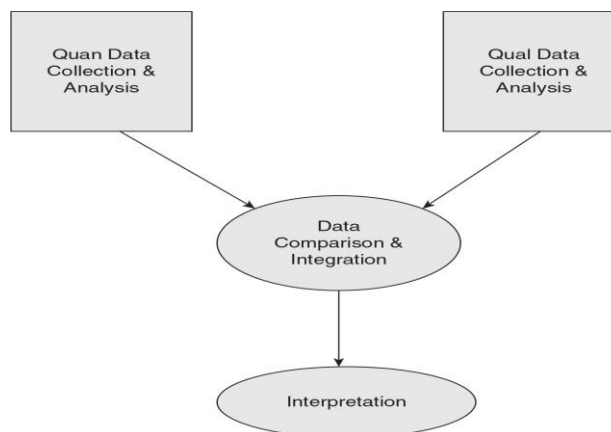
METODE

Penelitian menggunakan desain mixed-methods dengan pengintegrasian temuan kualitatif dan kuantitatif. Lokasi penelitian adalah Puskesmas Besulutu dan Puskesmas Pondidaha, Kabupaten Konawe, Sulawesi Tenggara. Kedua lokasi dipilih karena penelitian diarahkan pada konteks layanan primer dengan tantangan akses, ketersediaan sumber daya manusia, partisipasi masyarakat, dan kebutuhan adaptasi

intervensi terhadap kondisi sosial budaya setempat. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Juni sampai dengan Agustus tahun 2025. Populasi kuantitatif terdiri atas ibu hamil dan ibu yang memiliki bayi/anak sesuai kriteria penelitian. Sebanyak 100 responden berpartisipasi dalam pengukuran kuantitatif. Teknik sampling menggunakan simple random sampling. Partisipan kualitatif terdiri atas kepala puskesmas, kader posyandu, petugas lapangan, dan tenaga gizi. Komposisi yang dilaporkan dalam naskah awal adalah dua kepala puskesmas, enam kader, tiga petugas lapangan, dan tiga tenaga gizi [17].

Data kuantitatif dikumpulkan menggunakan kuesioner terstruktur yang mencakup empat dimensi: pengetahuan gizi, sosial budaya, kepuasan layanan, dan persepsi tentang stunting. Uji validitas item pada naskah awal menghasilkan rentang 0,326–0,833, sedangkan reliabilitas Cronbach's alpha berada pada rentang 0,730–0,856. Data kualitatif dikumpulkan melalui FGD dan wawancara mendalam dengan panduan semi-terstruktur yang mengeksplorasi hambatan pemenuhan gizi, akses layanan, praktik dan pantangan pangan, partisipasi posyandu, kapasitas tenaga kesehatan/kader, dan pemanfaatan pangan lokal.

Analisis kuantitatif meliputi statistik deskriptif dan perbandingan skor pra- dan pasca-intervensi. Uji t berpasangan digunakan bila distribusi skor selisih memenuhi asumsi normalitas; uji Wilcoxon signed-rank digunakan bila asumsi normalitas tidak terpenuhi. Tingkat kemaknaan ditetapkan pada $\alpha=0,05$. Analisis kualitatif dilakukan secara tematik melalui tahap familiarisasi data, pengodean, pengelompokan kategori, pengembangan tema, dan penarikan makna. Integrasi dilakukan melalui triangulasi antara hasil FGD/wawancara dan perubahan skor kuantitatif. Dalam penelitian ini, diperlukan persetujuan tertulis dari responden. Persetujuan tertulis diperoleh dari peserta atau wali sesuai karakteristik partisipan. Informasi identitas peserta dijaga kerahasiaannya.



Gambar 1. Tahapan penelitian

HASIL DAN PEMBAHASAN

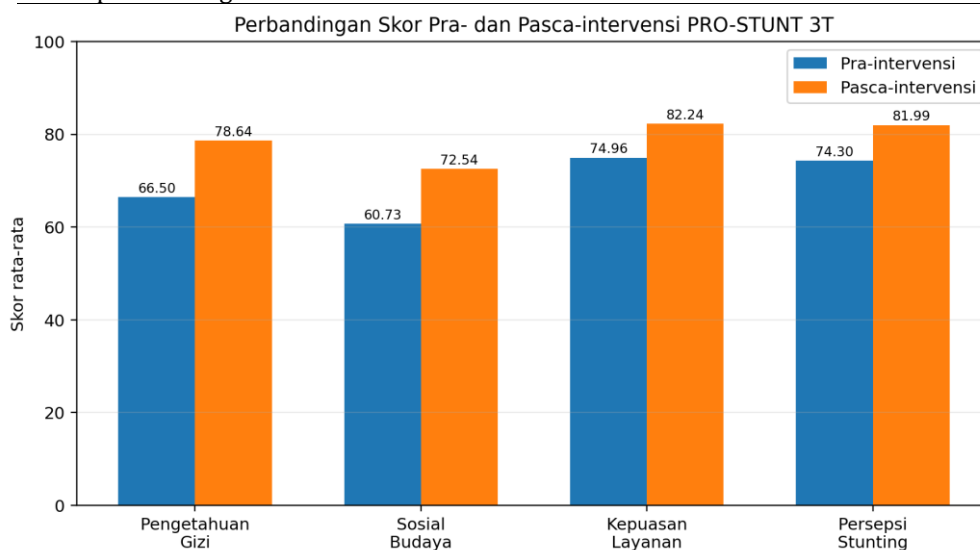
Temuan kualitatif menunjukkan bahwa hambatan pencegahan stunting bekerja pada beberapa tingkat. Pada tingkat individu, ibu hamil trimester pertama mengalami mual, muntah, dan penurunan berat badan sehingga pemenuhan kebutuhan gizi menjadi lebih sulit. Pada tingkat layanan, keterbatasan tenaga gizi membatasi intensitas

pemantauan, konseling, dan tindak lanjut. Pada tingkat keluarga dan komunitas, pantangan pangan, kebiasaan konsumsi, daya beli, dan rendahnya partisipasi dalam posyandu membentuk lingkungan yang dapat menghambat praktik gizi optimal. Pada tingkat sistem, kepala puskesmas menekankan kebutuhan kolaborasi lintas sektor dan pengembangan pangan lokal sebagai sumber intervensi yang lebih sesuai dengan konteks masyarakat. Temuan ini konsisten dengan uraian data kualitatif dalam naskah awal.

Temuan tersebut memperlihatkan bahwa hambatan tidak berdiri sendiri. Keterbatasan tenaga membuat konseling dan kunjungan tidak dapat menjangkau semua keluarga; ketika akses layanan terbatas, keluarga lebih bergantung pada pengetahuan dan norma yang berkembang di lingkungan sosialnya. Pada saat yang sama, keterbatasan daya beli dapat membuat pilihan pangan bergizi menjadi tidak mudah. Dengan demikian, PRO-STUNT 3T diarahkan untuk memindahkan fokus dari intervensi yang bersifat tunggal menuju siklus pemantauan–respons–umpan balik.

Tabel 1. Perubahan skor sebelum dan sesudah intervensi (n=100)

Variabel	Pra, mean	Pasca, mean	Δ mean	p
Pengetahuan Gizi	66.50	78.64	12.14	<0.001
Sosial Budaya	60.73	72.54	11.81	<0.001
Kepuasan Layanan	74.96	82.24	7.28	<0.001
Persepsi Stunting	74.30	81.99	7.69	<0.001



Gambar 2. Perbandingan skor rata-rata pra- dan pasca-intervensi. Grafik dibuat berdasarkan nilai mean yang tersedia pada Tabel 1.

Pengetahuan gizi meningkat 12,14 poin, sosial budaya meningkat 11,81 poin, kepuasan layanan meningkat 7,28 poin, dan persepsi tentang stunting meningkat 7,69 poin. Perubahan terbesar secara absolut terdapat pada pengetahuan gizi, sedangkan peningkatan kepuasan layanan menunjukkan bahwa intervensi tidak hanya berhubungan dengan dimensi kognitif tetapi juga pengalaman penerima layanan. Namun, perubahan skor tidak dapat ditafsirkan sebagai penurunan prevalensi stunting karena outcome antropometri dan kelompok kontrol tidak tersedia dalam analisis ini.

Temuan kuantitatif memperkuat temuan kualitatif dengan menunjukkan bahwa intervensi mampu meningkatkan beberapa prasyarat perilaku dan penerimaan layanan. Temuan ini sejalan dengan bukti bahwa pendidikan gizi keluarga dapat meningkatkan

pengetahuan dan praktik pemberian makan, sementara pemberdayaan kader dan kolaborasi interprofesional dapat memperkuat kapasitas pencegahan di tingkat komunitas

Hasil penelitian menegaskan bahwa stunting di wilayah penelitian merupakan persoalan sistem, bukan sekadar persoalan kurangnya pengetahuan ibu. Keluhan mual dan muntah pada trimester pertama menunjukkan perlunya respons yang lebih dini terhadap risiko gizi selama kehamilan [18],[19],[20]. Keterbatasan tenaga gizi memperlihatkan adanya kendala kapasitas layanan, sedangkan pantangan pangan dan keterbatasan daya beli menunjukkan bahwa keputusan makan berlangsung dalam lingkungan sosial dan ekonomi tertentu. Pola ini sesuai dengan pendekatan sistem UNICEF yang memandang status gizi sebagai hasil interaksi diet, praktik pengasuhan, layanan, sistem pangan, pendidikan, sanitasi, dan perlindungan sosial [2],[3]. Perspektif determinan dasar juga menunjukkan bahwa sumber daya, struktur, norma, dan relasi kelembagaan membentuk kemampuan rumah tangga dan sistem layanan untuk menghasilkan perbaikan gizi [21].

Dimensi sosial budaya memiliki posisi penting karena praktik kesehatan tidak hanya ditentukan oleh informasi medis. Studi Oktafiani et al. pada komunitas Tolaki menemukan bahwa faktor kesehatan dan sosial budaya berhubungan dengan stunting dan bahwa praktik tertentu memiliki implikasi terhadap risiko [7]. Temuan tersebut memberi dasar bahwa komunikasi kesehatan di Konawe perlu bersifat dialogis: bukan sekadar menggantikan keyakinan lokal dengan pesan standar, tetapi mengidentifikasi praktik yang berisiko, mempertahankan unsur budaya yang mendukung kesehatan, dan menyediakan alternatif yang dapat diterima keluarga.

Peningkatan pengetahuan gizi dalam penelitian ini konsisten dengan kajian yang menunjukkan bahwa pendidikan gizi keluarga dapat meningkatkan pengetahuan dan praktik pemberian makan [10], [17]. Temuan tersebut juga perlu dibaca bersama bukti bahwa pendidikan ibu, status sosial ekonomi, dan karakteristik keluarga dapat memengaruhi risiko stunting [5], [18], [20]. Dengan demikian, peningkatan pengetahuan tidak otomatis menjamin perubahan status gizi. Perubahan perilaku membutuhkan dukungan lingkungan, akses pangan, kapasitas layanan, dan tindak lanjut. Karena itu, PRO-STUNT 3T menempatkan edukasi sebagai bagian dari respons, bukan sebagai keseluruhan intervensi.

Kepuasan layanan yang meningkat juga perlu dibaca secara substantif. Dalam konteks pencegahan stunting, kualitas komunikasi, keterjangkauan layanan, dan pengalaman keluarga dapat menentukan keberlanjutan keterlibatan masyarakat. Penelitian Sazali et al. menunjukkan bahwa penguatan komunikasi lintas sektor dapat mendukung fasilitas dan pengelolaan sanitasi yang pada akhirnya memperkuat kepuasan layanan stunting [16]. Bukti mengenai kolaborasi interprofesional di Indonesia juga mendukung penguatan peran puskesmas, kader, tenaga gizi, dan aktor lain dalam satu sistem kerja [8]. Dengan demikian, penguatan kapasitas SDM dan pembagian tugas tidak hanya merupakan kebutuhan administratif, tetapi merupakan bagian dari mekanisme pencegahan.

Konteks PAUD memberikan implikasi tambahan. Pencegahan stunting dan dukungan perkembangan anak seharusnya tidak berjalan sebagai agenda yang terpisah. Anak yang memasuki layanan PAUD memerlukan lingkungan yang mendukung pertumbuhan, kesehatan, interaksi responsif, dan stimulasi perkembangan. Karena itu, model PRO-STUNT 3T berpotensi dihubungkan dengan ekosistem PAUD melalui komunikasi guru-orang tua, deteksi dini masalah pertumbuhan berdasarkan mekanisme yang sah, rujukan ke layanan kesehatan, dan penguatan praktik pengasuhan. Hubungan ini harus dipahami sebagai integrasi dukungan perkembangan, bukan pengalihan tugas klinis kepada pendidik.

Novelty penelitian ini terutama terletak pada arsitektur model, bukan pada klaim bahwa setiap determinan yang ditemukan merupakan temuan baru. Faktor gizi, sosial budaya, kapasitas layanan, ekonomi, pendidikan ibu, dan karakteristik keluarga telah banyak dilaporkan [4]–[7], [17]–[20]. Kontribusi penelitian adalah mengorganisasikan faktor-faktor tersebut ke dalam siklus operasional PRO-STUNT 3T yang memungkinkan hasil pemantauan diterjemahkan menjadi respons adaptif dan umpan balik kebijakan di tingkat layanan primer. Perspektif determinan dasar malnutrisi memperkuat rasionalitas bahwa intervensi perlu bergerak melampaui faktor individual menuju sumber daya, struktur, norma, dan tata kelola [21]. Dengan posisi tersebut, penelitian ini lebih tepat dipahami sebagai pengembangan model implementasi berbasis konteks daripada sebagai penemuan faktor risiko baru. Kajian multisektoral juga menegaskan perlunya strategi adaptif yang mempertimbangkan ketimpangan sosial dan geografis dalam menentukan prioritas intervensi [22].

Keterbatasan penelitian perlu dinyatakan secara tegas. Pertama, penelitian hanya dilakukan pada dua puskesmas sehingga transferabilitas temuan ke wilayah 3T lain perlu diuji secara hati-hati. Kedua, desain pra–pasca tanpa kelompok kontrol membatasi kemampuan untuk mengatribusikan perubahan skor sepenuhnya kepada PRO-STUNT 3T. Ketiga, durasi tindak lanjut terbatas sehingga penelitian belum dapat menyimpulkan dampak terhadap prevalensi stunting atau outcome antropometri jangka panjang. Keempat, beberapa komponen model, terutama optimalisasi kebijakan lintas sektor, belum diuji melalui evaluasi implementasi jangka panjang. Kondisi ini sejalan dengan kebutuhan evaluasi yang lebih adaptif dan terarah pada wilayah dengan beban stunting tinggi, sebagaimana ditunjukkan dalam kajian determinan stunting dan ketimpangan geografis.

Implikasi kebijakan dari temuan ini bersifat operasional. Puskesmas perlu menetapkan daftar prioritas keluarga berisiko yang diperbarui secara berkala; memperkuat peran kader sebagai penghubung antara keluarga dan layanan; menyediakan konseling khusus untuk ibu hamil trimester pertama; menggunakan materi komunikasi yang mempertimbangkan pantangan dan norma pangan lokal; serta mengembangkan pemetaan pangan lokal yang dapat diolah menjadi menu bergizi dengan biaya terjangkau [14]. Pada tingkat kabupaten, hasil pemantauan puskesmas dapat digunakan sebagai bahan koordinasi lintas sektor untuk mengarahkan sumber daya pada hambatan yang paling nyata, bukan hanya pada indikator cakupan program.

KESIMPULAN

Penelitian ini berhasil merumuskan Model PRO-STUNT 3T sebagai kerangka multidimensi yang mengintegrasikan tiga fungsi utama Pemantauan, Respons, dan Optimalisasi Kebijakan untuk mendukung pencegahan stunting berbasis konteks lokal di wilayah layanan Puskesmas Besulutu dan Pondidaha. Identifikasi faktor kunci menunjukkan bahwa risiko dan hambatan pencegahan stunting mencakup masalah gizi pada kehamilan, keterbatasan tenaga gizi, partisipasi posyandu, norma dan pantangan pangan, daya beli rumah tangga, serta pemanfaatan pangan lokal. Secara kuantitatif, terdapat peningkatan bermakna pada pengetahuan gizi, sosial budaya, kepuasan layanan, dan persepsi tentang stunting setelah intervensi. Hasil tersebut mendukung kelayakan awal model sebagai kerangka respons dan penguatan kapasitas, tetapi belum membuktikan efektivitas model dalam menurunkan prevalensi stunting karena tidak tersedia kelompok kontrol dan tindak lanjut antropometri jangka panjang. Dengan demikian, PRO-STUNT 3T dapat diposisikan sebagai model awal yang perlu diuji lebih lanjut melalui desain kuasi-eksperimental atau cluster trial pada lebih banyak puskesmas.

PENGHARGAAN

Terima kasih kepada Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi melalui program BIMA Hibah Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, pimpinan ISTEK 'Aisiyiah Kendari, Pemerintah Kabupaten Konawe, serta Puskesmas Besulutu dan Puskesmas Pondidaha atas dukungan terhadap pelaksanaan penelitian.

REFERENSI

- [1] K. K. R. Indonesia, "Survei Status Gizi Indonesia 2024." Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Jakarta, Indonesia, 2025. [Daring]. Tersedia pada: <https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/>
- [2] U. N. C. F. (UNICEF), *UNICEF Conceptual Framework on the Determinants of Maternal and Child Nutrition*. New York, NY, USA: UNICEF, 2020. [Daring]. Tersedia pada: <https://www.unicef.org/documents/conceptual-framework-nutrition>
- [3] UNICEF, *Nutrition Strategy 2020–2030: Nutrition, for Every Child*. New York, NY, USA: UNICEF, 2020. [Daring]. Tersedia pada: <https://www.unicef.org/reports/nutrition-strategy-2020-2030>
- [4] N. Akseer *et al.*, "Economic costs of childhood stunting to the private sector in low- and middle-income countries," *eClinicalMedicine*, vol. 45, hal. 101320, Mar 2022, doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101320.
- [5] A. D. Laksono, R. D. Wulandari, N. Amaliah, dan R. W. Wisnuwardani, "Stunting among children under two years in Indonesia: Does maternal education matter?," *PLoS One*, vol. 17, no. 7, hal. e0271509, Jul 2022, doi: 10.1371/journal.pone.0271509.
- [6] P. Dewi, A. Khomsan, dan Cesilia Meti Dwiriani, "Household Food Security and Stunting of Under-Five Children in Indonesia: A Systematic Review," *Media Gizi Indones.*, vol. 19, no. 1, hal. 17–27, Jan 2024, doi: 10.20473/mgi.v19i1.17-27.

- [7] V. Oktafiani, A. Asriani, Alifah Ainayah, dan V. Angraini Abrar, "Bagaimana Faktor Sosial Budaya Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Suku Tolaki?," *Murhum J. Pendidik. Anak Usia Dini*, vol. 5, no. 1, hal. 874–886, Jun 2024, doi: 10.37985/murhum.v5i1.401.
- [8] R. Sentika *et al.*, "The Importance of Interprofessional Collaboration (IPC) Guidelines in Stunting Management in Indonesia: A Systematic Review," *Healthcare*, vol. 12, no. 22, hal. 2226, Nov 2024, doi: 10.3390/healthcare12222226.
- [9] M. Putra, E. Rekawati, H. Permatasari, dan I. P. Sari, "Empowering community health worker to reduce stunting among toddlers: Systematic review," *Jitek*, vol. 11, no. 2, 2024, doi: 10.32668/jitek.v11i2.1462.
- [10] A. Setiawan, D. C. Rahmadiyah, dan E. Rekawati, "Effectiveness of family nutrition education on the incidence of stunting: Systematic review," *Indones. J. Glob. Heal. Res.*, vol. 6, no. 3, hal. 1231–1242, 2024, doi: 10.37287/ijghr.v6i3.3058.
- [11] A. Azwar, E. Rekawati, A. Setiawan, dan D. C. Rahmadiyah, "Nutrition Program terhadap Penurunan Kejadian Stunting pada Balita: Systematic Review," *J. Kesehat.*, vol. 16, no. 2, hal. 124–132, Jan 2024, doi: 10.24252/kesehatan.v16i2.44794.
- [12] A. Azwar, A. Setiawan, dan D. C. Rahmadiyah, "Psychosocial Stimulation Interventions to Optimise The Developmental Growth Process of Stunted Toddlers in The First 1000 Days of Life: A Systematic Review," *Golden Age J. Ilm. Tumbuh Kembang Anak Usia Dini*, vol. 9, no. 1, hal. 105–118, Mar 2024, doi: 10.14421/jga.2024.91-10.
- [13] M. of H. R. of Indonesia dan UNICEF, "Scaling up the Integrated Management of Acute Malnutrition (IMAM) approach." UNICEF Indonesia, 2024. [Daring]. Tersedia pada: <https://www.unicef.org/indonesia/>
- [14] W. H. Organization, UNICEF, dan W. B. Group, "Levels and Trends in Child Malnutrition: Key Findings of the 2023 Edition." WHO, Geneva, Switzerland, 2023. [Daring]. Tersedia pada: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073791>
- [15] D. S. Rivami, W. Song, dan L. Weatherspoon, "Faktor-faktor terkait gizi ibu yang berhubungan dengan stunting dan wasting." 2023. [Daring]. Tersedia pada: <https://scholar.google.com/scholar?q=%22Faktor-faktor+terkait+gizi+ibu+yang+berhubungan+dengan+stunting+dan+wasting%22>
- [16] H. Sazali *et al.*, "Strengthening Communication: A Strategy to Increase Community Satisfaction in Stunting Services in Indonesia," *Open Public Health J.*, vol. 16, no. 1, hal. e187494452305290, Mei 2023, doi: 10.2174/18749445-v16-2306070-2022-184.
- [17] Y. Sulaiman, M. Abdul, dan D. Triputri, "Pemberian Makanan Tambahan dalam Mengurangi Angka Stunting," *STIKes BBM Mengabdi J. Pengabdi. Masy.*, vol. 1, no. 1, hal. 28–33, Mei 2023, doi: 10.56467/bbm.v1i1.147.
- [18] S. Supadmi *et al.*, "Factor related to stunting of children under two years with working mothers in Indonesia," *Clin. Epidemiol. Glob. Heal.*, vol. 26, hal. 101538, Mar 2024, doi: 10.1016/j.cegh.2024.101538.
- [19] H. Anastasia *et al.*, "Determinants of stunting in children under five years old in South Sulawesi and West Sulawesi Province: 2013 and 2018 Indonesian Basic Health Survey," *PLoS One*, vol. 18, no. 5, hal. e0281962, Mei 2023, doi: 10.1371/journal.pone.0281962.
- [20] U. Sudrayani, S. W. Ode, dan A. Asriati, "Determinants of stunting incidence in

- children under five years of age at the Rumbia Health Center, Indonesia,” *J. Client-centered Nurs. Care*, vol. 7, no. 4, hal. 295–302, 2021, doi: 10.32598/JCCNC.7.4.387.1.
- [21] J. Harris dan N. Nisbett, “The Basic Determinants of Malnutrition: Resources, Structures, Ideas and Power,” *Int. J. Heal. Policy Manag.*, vol. 10, no. 12, hal. 817–827, Des 2020, doi: 10.34172/ijhpm.2020.259.
- [22] C. Kalinda *et al.*, “Leveraging multisectoral approach to understand the determinants of childhood stunting in Rwanda: a systematic review and meta-analysis,” *Syst. Rev.*, vol. 13, no. 1, hal. 16, Jan 2024, doi: 10.1186/s13643-023-02438-4.