

---

## Stunting dan Kebijakan Pangan dan Gizi di Indonesia

Nulwita Maliati<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Malikussaleh

\*Corresponding Author: [nulwita@unimal.ac.id](mailto:nulwita@unimal.ac.id)

---

### Abstract

The nutritional development of the Indonesian people is not getting better. Many nutritional problems occur and cannot be overcome. Stunting (short toddlers) illustrates the existence of chronic nutritional problems. In general, this research aims to analysis some researches about stunting as one indicator that shows the problem in children growth and analyze national policies on food and nutrition in Indonesia. The methode that is used in this article is literature review that collected some stunting researches and food and nutrition policies that made by the Indoensian government. Nutritional status is influenced by the household's ability to provide adequate food, child care patterns, knowledge of nutrition and maternal health, access to health services, and other socio-cultural factors. National policies on food and nutrition in Indonesia are also developing in accordance with the development of nutrition science and problems. The principle *4 sehat 5 sempurna* which began in 1952 and was updated with the program that is called Guidelines for Balanced Nutrition. Various programs to address food and nutrition problems have been made but nutrition problems have not been successfully resolved. Based on the principle of food sovereignty, there needs to be community empowerment based on knowledge and local food resources. Efforts to handle malnourished and habituation of healthy and nutritious food must be carried out in food consumption according to local knowledge so that it is easily applied by the community. Further research is important to analyse local knowledge and stakeholders that involve in food fulfillment in family and community.

**Keywords:** Food and Nutrition Policy, Food Sovereignty, Local Knowledge, Nutritional Problems, Stunting

---

### Pendahuluan

Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) pada tahun 1948 menyatakan bahwa "*Health is a fundamental right*", yang bermakna adanya kewajiban untuk menyehatkan yang sakit dan mempertahankan serta meningkatkan yang sehat. Kesehatan sebagai hak asasi manusia secara tegas diamanatkan oleh Undang-undang Dasar 1945, di mana dinyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Hal ini melandasi pemikiran bahwa sehat sebagai hak asasi manusia dan sehat sebagai investasi ([Departemen Kesehatan RI] 2009).

Perkembangan gizi masyarakat Indonesia cenderung stagnan, tidak kunjung membaik. Banyak masalah gizi yang terjadi dan tidak kunjung bisa ditanggulangi (Jus'at *et al.* 2017). Masalah *stunting* (balita pendek) menggambarkan adanya masalah gizi kronis, yang dipengaruhi dari kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita. *Stunting* tidak hanya terkait masalah kesehatan, namun juga dipengaruhi berbagai kondisi lain yang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan ([Kemenkes] 2016). Kejadian *stunting* pada anak dan keterlambatan pertumbuhan menunjukkan adanya permasalahan gizi jangka panjang dan dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat kompleks. Di tingkat rumah tangga, status gizi lebih banyak dipengaruhi oleh kemampuan rumah tangga menyediakan pangan yang cukup dari segi kuantitas dan kualitasnya, pola asuh makan anak, pengetahuan gizi dan kesehatan ibu, akses terhadap pelayanan kesehatan, dan faktor sosio-budaya lainnya (Anwar *et al.* 2014).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2015, Ketahanan Pangan dan Gizi adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan Pangan dan Gizi bagi negara sampai dengan perseorangan, yang tercermin dari tersedianya pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, beragam, memenuhi kecukupan gizi, merata dan terjangkau serta tidak bertentangan dengan agama, keyakinan, dan budaya masyarakat, untuk mewujudkan status gizi yang baik agar dapat hidup sehat, aktif, dan produktif secara berkelanjutan.

Pangan adalah segala sesuatu yang berasal dari sumber hayati produk pertanian, perkebunan, kehutanan, perikanan, peternakan, perairan, dan air, baik yang diolah maupun tidak diolah yang diperuntukkan sebagai makanan atau minuman bagi konsumsi manusia, termasuk bahan tambahan Pangan, bahan baku Pangan, dan bahan lainnya yang digunakan dalam proses penyiapan, pengolahan, dan/atau pembuatan makanan atau minuman. Gizi adalah zat atau senyawa yang terdapat dalam pangan yang terdiri atas karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, serat, air, dan komponen lain yang bermanfaat bagi pertumbuhan dan kesehatan manusia. Status Gizi adalah kondisi kesehatan tubuh seseorang yang merupakan hasil akhir dari asupan makanan ke dalam tubuh dan pemanfaatannya (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2015).

Pembangunan kesehatan pada 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 Tahun 2015 - 2019. Target penurunan prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (dibawah 2 tahun) adalah menjadi 28% (RPJMN, 2015 - 2019).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/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* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek). Balita pendek (*stunting*) dapat diketahui bila seorang balita sudah diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada di bawah normal. Masalah balita pendek menggambarkan adanya masalah gizi kronis, yang dipengaruhi dari kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita. *Stunting* tidak hanya terkait masalah kesehatan, namun juga dipengaruhi berbagai kondisi lain yang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Masalah anak pendek (*stunting*) merupakan salah satu permasalahan gizi yang dihadapi di dunia, khususnya di negara-negara miskin dan berkembang. *Stunting* menjadi permasalahan karena berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya kesakitan dan kematian, perkembangan otak suboptimal sehingga perkembangan motorik terlambat dan terhambatnya pertumbuhan mental. *Stunting* merupakan bentuk kegagalan pertumbuhan (*growth faltering*) akibat akumulasi ketidakcukupan nutrisi yang berlangsung lama mulai dari kehamilan sampai usia 24 bulan. Keadaan ini diperparah dengan tidak terimbangnya kejar tumbuh (*catch up growth*) yang memadai (Mitra, 2015).

Anak-anak pendek menghadapi kemungkinan yang lebih besar untuk tumbuh menjadi dewasa yang kurang pendidikan, miskin, kurang sehat dan rentan terhadap penyakit tidak menular. Kerusakan yang terjadi mengakibatkan perkembangan anak yang *irreversible* (tidak bisa diubah), sehingga anak tidak akan pernah mempelajari atau mendapatkan sebanyak yang dia bisa. Kejadian gagal tumbuh yang terjadi pada usia balita akan berlanjut ke usia berikutnya. Besar kemungkinan ketika mereka menginjak usia 19 tahun, maka tinggi badan optimal tidak tercapai. Mereka akan menjadi manusia dewasa yang pendek dengan keterbatasan untuk berproduktivitas maksimal. Dampak lain kependekan beresiko tinggi menurunkan tingkat kecerdasan, produktivitas serta kualitas sumberdaya manusia (SDM) di masa depan. Selain itu, *stunting* juga beresiko menimbulkan penyakit degeneratif pada usia dewasa. Produktivitas dan kualitas SDM yang rendah di kemudian hari akan sulit keluar dari lingkaran kemiskinan (Trihono dkk, 2015; Lamid, 2015).

Perkembangan gizi masyarakat Indonesia cenderung stagnan, tidak kunjung membaik. Banyak masalah gizi yang terjadi dan tidak kunjung bisa ditanggulangi (Jus'at *et al.* 2017). Suatu analisis situasi gizi mengungkapkan bahwa meskipun prevalensi anak kurang bobot di Indonesia telah berkurang dan telah dicapainya Tujuan Pembangunan Jangka Menengah dan Tujuan Pembangunan Milenium untuk pengurangan kelaparan, tetapi Indonesia tetap mempunyai permasalahan serius mengenai *stunting*. Masih terdapat banyak kehamilan kurang gizi, yang berkontribusi terhadap terjadinya *stunting* (Bappenas dan Departemen Kesehatan RI 2010).

Indonesia masih menghadapi masalah tingginya prevalensi *stunting* dan hampir seluruh provinsi di Indonesia mempunyai masalah *stunting*. Dampak *stunting* berdimensi luas dari sudut pandang individu, keluarga, dan intergenerasi. Sampai sejauh ini masalah *stunting* belum dapat dituntaskan, sehingga timbul pertanyaan mengapa belum ada kemajuan dalam penanganan masalah *stunting* di Indonesia. Oleh karena itu sangat penting dilakukan kajian mengenai *stunting* terkait penyebab, akibat dan cara penanggulangannya, serta analisis prospek penanggulangan masalah *stunting* di masa depan (Lamid, 2015). Analisis korelasi data agregat tiap kabupaten/kota hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa status gizi pendek pada balita maupun usia anak sekolah dipengaruhi oleh faktor kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan, perilaku penduduk, kesehatan reproduksi, status ekonomi dan status pendidikan (Trihono, dkk, 2015).

## Metode

Artikel ini merupakan tulisan yang berusaha melakukan studi literatur untuk memberikan informasi tentang permasalahan pada tumbuh kembang anak Indonesia yang menggunakan ukuran tinggi badan anak berdasarkan umur sebagai indikatornya. *Stunting* merupakan kondisi yang menunjukkan adanya permasalahan berkaitan dengan pemenuhan pangan dan gizi yang berakibat pada pertumbuhan tinggi badan anak yang tidak sesuai dengan usianya berdasarkan standar WHO. Permasalahan *stunting* mendapat perhatian yang serius di dunia dan juga di Indonesia karena pada jangka panjang akan berdampak pada kondisi kesehatan dan kecerdasan anak yang berimplikasi pada produktivitas mereka saat dewasa. Banyak program yang berupaya mencegah dan menanggulangi permasalahan tumbuh kembang anak, khususnya *stunting* dengan beragam kebijakan dan program pemenuhan pangan dan gizi. Penelitian juga dilakukan oleh banyak pihak untuk mengkaji fenomena tentang *stunting* di dunia, Oleh karena itu penting untuk mengkaji tentang penelitian-penelitian yang sudah dilakukan terkait *stunting*. Selain itu tulisan ini juga berupaya menguraikan tentang kebijakan pangan dan gizi di Indonesia yang berkaitan dengan tumbuh kembang anak.

## Hasil dan Pembahasan

### Penyebab *Stunting*

*Stunting* yang terjadi pada balita disebabkan oleh banyak faktor. Berikut uraian tentang penyebab *stunting* yang dirangkum oleh Lamid (2015) dari beberapa penelitian pada ibu hamil dan anak di bawah dua tahun:

1. Defisiensi zat gizi makro dan mikro. Penyebab utama kependekan karena defisiensi zat gizi makro seperti energi protein dan zat gizi mikro tunggal seperti *zinc*. Kekurangan zat gizi makro dan mikro bukan hanya sejak lahir sampai usia 3 tahun tetapi kekurangan zat gizi selama hamil juga berperan dengan terjadinya kependekan.
2. Pola pemberian makanan. Perubahan pola pemberian makanan yang semula hanya diberi ASI menjadi makanan padat atau formula sebagai penyebab terjadinya gagal tumbuh dan kemudian menjadi stunting.
3. Peran pengasuhan. Dalam hal ini, peran orang tua terutama ibu sangat penting dalam memberikan perawatan anak bila sakit, pemberian makan dan memberikan stimulasi kepada anak. Cara pengasuhan juga berpengaruh pada terjadinya kependekan.
4. Faktor sosial ekonomi. Banyak negara mempunyai masalah kependekan yang disebabkan oleh faktor sosial dan ekonomi. Namun peningkatan ekonomi tidak memastikan masalah kependekan dapat diatasi.
5. Penyakit infeksi diperkirakan sebagai penyebab *stunting*, seperti infeksi berulang (diare dan cacangan) pada usia dini.
6. Faktor psikososial seperti emosi dan temperamen anak, depresi ibu, respons anak terhadap interaksi ibu, dan anak berhubungan dengan kegagalan pertumbuhan yang menyebabkan terjadi kependekan.

WHO (2013) menguraikan beberapa penyebab *stunting* yaitu:

1. Faktor-faktor keluarga dan rumahtangga meliputi:
  - a. Faktor ibu : kekurangan gizi sebelum dan selama hamil dan menyusui, ibu yang pendek, infeksi, kehamilan remaja, lahir prematur, jarak antar kehamilan yang pendek dan hipertensi.
  - b. Lingkungan rumah: Kurangnya stimulasi dan aktivitas anak, pola pengasuhan yang kurang, kurangnya sanitasi dan suplai air, kerawanan pangan, kurangnya alokasi makanan dalam rumahtangga, dan pendidikan pengasuh yang rendah.
2. Ketersediaan Makanan: Kualitas makanan yang buruk, pemberian makan yang kurang tepat dan kerawanan pangan dan air.
3. Pemberian ASI
4. Penyakit Infeksi

Faktor-faktor tersebut dipengaruhi oleh konteks atau situasi tertentu yang meliputi (WHO, 2013):

1. Ekonomi politik: harga pangan dan kebijakan harga, regulasi pasar, stabilitas politik, kemiskinan/pendapatan, lapangan pekerjaan dan sistem nafkah, dan jasa keuangan.
2. Kesehatan dan pemeliharaan kesehatan: Akses dan kualitas pelayanan kesehatan, infrastruktur, serta sistem dan kebijakan kesehatan
3. Pendidikan: akses dan infrastruktur pendidikan, serta kualitas guru
4. Sosial dan Kebudayaan: kepercayaan dan norma, dukungan jaringan sosial, pola asuh (orang tua dan non orang tua) dan status perempuan.
5. Pertanian dan Sistem Pangan: Produksi dan pengolahan pangan, ketersediaan pangan bergizi dan keamanan serta kualitas pangan
6. Air, Sanitasi, dan Lingkungan: air, sanitasi, infrastruktur dan pelayanannya, populasi, perubahan iklim, urbanisasi dan bencana alam/ulah manusia.

## Penelitian tentang Stunting

Penelitian tentang *stunting* sudah banyak dilakukan di Indonesia dan negara-negara lainnya karena masalah tersebut terjadi di berbagai belahan dunia. Pada Tabel 1 terdapat beberapa hasil penelitian tentang *stunting*.

**Table 1. Penelitian tentang Stunting**

No	Nama Penulis	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Sumber
1	Hayati, <i>et al.</i>	Pola konsumsi pangan dan asupan energi dan zat gizi anak stunting dan tidak stunting 0–23 bulan	Faktor-faktor risiko <i>stunting</i> anak 0 – 23 bulan yaitu umur, berat lahir dan densitas asupan protein anak, tinggi badan ibu, dan status ekonomi rumahtangga	Jurnal Gizi dan Pangan, 2013; 7(2)
2	Sujendran <i>et al.</i>	<i>Prevalence of Stunting among Children Aged 6 to 36 Months, in the Eastern Province of SriLanka</i>	Faktor yang mendasari <i>stunting</i> di Srilanka meliputi: tingkat pendidikan orang tua, pendapatan keluarga, berat lahir rendah, masa menyusui eksklusif kurang dari 6 bulan, praktik pemberian makanan pelengkap yang buruk, kunjungan klinik tidak teratur dan kurang pelayanan petugas kesehatan.	Jurnal Nutrition, 2015, Volume 5, Issue 1.

3	Aridiyah <i>et al.</i>	Faktor yang Mempengaruhi Stunting pada Balita di Pedesaan dan Perkotaan	Faktor yang mempengaruhi <i>stunting</i> pada balita di wilayah pedesaan dan perkotaan Jember adalah pendidikan ibu, pendapatan keluarga, pengetahuan ibu mengenai gizi, pemberian ASI eksklusif, umur pemberian MP-ASI, tingkat kecukupan <i>zink</i> , tingkat kecukupan zat besi, riwayat penyakit infeksi serta faktor genetik orang tua	e-Jurnal Pustaka Kesehatan Vol. 3 (no. 1) Januari 2015
4	Katsushi <i>et al.</i>	<i>Women's Empowerment and Prevalence of Stunted and Underweight Children in Rural India</i>	Di India, pendidikan ibu berhubungan dengan status gizi anak dalam jangka pendek. Ada hubungan yang kuat antara pemberdayaan perempuan dan status gizi anak dalam jangka panjang. Selain itu juga ada keterkaitan antara akses terhadap fasilitas kesehatan dengan status gizi anak.	World Development, 2014, tVol. 62 pp. 88 - 105
5	Ni'mah, <i>et al</i>	<i>Faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita</i>	Panjang badan lahir, riwayat ASI Eksklusif, pendapatan keluarga, pendidikan ibu, dan pengetahuan ibu tentang gizi merupakan faktor yang berhubungan dengan stunting pada balita. Perlu program yang terintegrasi dan multisektoral untuk meningkatkan pendapatan keluarga, pendidikan ibu, pengetahuan gizi ibu, dan pemberian ASI eksklusif	Media Gizi Indonesia, Vol. 10, No. 1 Januari-Juni 2015: hlm. 13-19
6	Oktarina	Faktor Risiko <i>Stunting</i> pada Balita (24 – 59 bulan) di Sumatera	Prevalensi balita <i>stunting</i> di Provinsi Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, dan Lampung sebesar 44.1%. Faktor risiko <i>stunting</i> pada balita, yaitu tinggi badan ibu, tingkat asupan lemak, jumlah anggota rumah tangga dan sumber air minum. Faktor dominan yang berhubungan dengan kejadian <i>stunting</i> pada balita adalah jumlah anggota rumah tangga.	Jurnal Gizi dan Pangan, November 2013, 8(3): 175 – 180
7	Kusumawati, <i>et al</i>	Model Pengendalian Faktor Risiko <i>Stunting</i> pada Anak Usia di Bawah Tiga Tahun	Ada tiga faktor yang secara bersama-sama mempengaruhi <i>stunting</i> pada anak usia 6 - 36 bulan, yaitu penyakit infeksi, ketersediaan pangan dan sanitasi lingkungan.	Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 9, No. 3, 2015
8.	Millennium Challenge Account (MCA) - Indonesia	<i>Stunting</i> dan Masa Depan Indonesia	<i>Stunting</i> bisa dicegah dengan cara; (1) Pemenuhan kebutuhan zat gizi ibu hamil, (2) ASI eksklusif 6 bulan dan makanan pendamping ASI (MPASI) yang cukup jumlah dan kualitasnya, (3) Memantau pertumbuhan	International journal of epidemiology 40.5 (2011): 1196-1204.

			balita di posyandu untuk deteksi dini gangguan pertumbuhan., dan (4) Meningkatkan akses air bersih dan fasilitas sanitasi, serta menjaga kebersihan lingkungan.	
9.	Paudel R, et al.	<i>Risk Factors for Stunting Among Children: A Community Based Case Control Study in Nepal</i>	Praktek pemberian makan yang tidak tepat diidentifikasi sebagai faktor risiko utama <i>stunting</i> . Penyakit masa kanak-kanak seperti diare secara signifikan terkait dengan <i>stunting</i> . Peran ibu penting sebagai pengasuh utama bagi anak untuk memastikan nutrisi dan pencegahan penyakit.	Kathmandu Univ Med J 2012;39(3):18-24. Tribhuvan University, Nepal
10.	Islam	<i>Chronic stunting among under-5 children in Bangladesh: A situation analysis</i>	<i>Stunting</i> yang tinggi mencerminkan masalah yang terkait dengan kemiskinan, ketidakadilan dan dampaknya terhadap kesehatan anak. <i>Stunting</i> lebih menonjol di daerah pedesaan, di mana kemiskinan meluas, maka ada hubungan kemiskinan dan <i>stunting</i> .	Adv Pediatr Res 2:18 /apr. 2015.2.18
11.	Walker, et al	<i>EARLY CHILDHOOD STUNTING IS ASSOCIATED WITH LOWER DEVELOPMENTAL Levels in the Subsequent Generation of Children</i>	Dampak <i>stunting</i> berpengaruh terhadap perkembangan berlanjut pada generasi anak-anak berikutnya. Temuan ini memiliki implikasi penting untuk perkiraan biaya <i>stunting</i> terhadap perkembangan sosial dan ekonomi.	The Journal of Nutrition. February 18, 2015
12.	Som, S, et al	<i>Role of individual and household level factors on stunting: A comparative study in three Indian states</i>	Pendidikan ibu merupakan faktor vital dalam menentukan kesehatan seorang anak. Anak-anak dari ibu berpendidikan rendah memiliki risiko tinggi mengalami <i>stunting</i> .	Annals of Human Biology, 2007; 34(6): 632-646
13.	Sulastrri	Faktor Determinan Kejadian Stunting pada Anak Usia Sekolah di Kecamatan Lubuk Kilangan Kota Padang	Faktor yang mempengaruhi status gizi adalah tingkat pendidikan ibu dan tingkat ekonomi.	Majalah Kedokteran Andalas No.1. Vol.36. Januari-Juni 2012

Berdasarkan kajian terhadap penelitian terdahulu tentang *stunting*, dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor risiko *stunting* anak 0 – 23 bulan yaitu umur, berat lahir dan densitas asupan protein anak, tinggi badan ibu, dan status ekonomi rumah tangga. Faktor yang mendasari *stunting* meliputi: tingkat pendidikan orang tua, pendapatan keluarga, berat lahir rendah, masa menyusui eksklusif kurang dari 6 bulan, praktik pemberian makanan pelengkap yang buruk, kunjungan klinik tidak teratur dan kurang pelayanan petugas kesehatan. Hal lain yang mempengaruhi terjadinya *stunting* pada anak balita adalah pengetahuan ibu mengenai gizi, tingkat kecukupan zat-zat gizi penting bagi tubuh (zink, lemak, dan lain-lain), riwayat penyakit infeksi, faktor genetik orang tua, ketersediaan pangan, air bersih, jumlah anggota keluarga.

Pangan merupakan kebutuhan dasar utama untuk hidup berkualitas, sehat jasmani dan rohani. Tidak setiap rumah tangga dapat memenuhi kebutuhan pangannya yang disebabkan rendahnya pendapatan dan pengetahuan gizi serta kebiasaan pangan yang tidak seimbang. Konsumsi pangan yang tidak cukup dan tidak seimbang menyebabkan gangguan gizi bahkan kematian. Suatu fakta menarik berdasarkan analisis data Riskesdas tahun 2007-2010 menunjukkan bahwa prevalensi *stunting* tidak hanya terjadi di pedesaan tetapi juga di perkotaan, tidak hanya tampak pada kelompok masyarakat miskin tetapi juga pada keluarga kaya dan keluarga dengan ketahanan pangan yang baik.

Kejadian *stunting* pada anak usia di bawah tiga tahun (batita) dan keterlambatan pertumbuhan menunjukkan adanya permasalahan gizi jangka panjang dan dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat kompleks. Di tingkat rumah tangga, status gizi lebih banyak dipengaruhi oleh kemampuan rumah tangga menyediakan pangan yang cukup dari segi kuantitas dan kualitasnya, pola asuh makan anak, pengetahuan gizi dan kesehatan ibu, akses terhadap pelayanan kesehatan, dan faktor sosio-budaya lainnya (Anwar *et al.* 2014).

Penyelesaian masalah gizi tidak selamanya sesuai ukuran ilmu medis atau ilmu gizi, tetapi bisa juga karena alasan budaya, di mana ada ketersediaan makanan tetapi terpaksa tidak dikonsumsi karena kepercayaan atau ketidaklaziman. Untuk memahami hal itu, perlu diketahui jalan pikiran dan kebiasaan yang berlaku dalam masyarakat. Persoalan budaya dan makanan menjadi suatu fenomena yang cukup kompleks, maka sebagai upaya strategis yang ditempuh harus memperhatikan secara cermat tentang faktor budaya yang ada dalam komunitas etnis masyarakat tentang pangan dan gizi bagi tubuh manusia (Merryana *et al.* 2014).

Hasil penelitian Lestari *et al.* (2018) menunjukkan bahwa masalah *stunting* terkait erat dengan konstruksi sosial masyarakat. Terdapat perbedaan konstruksi sosial yang membentuk pemahaman sehat/sakit dan pola asuh balita *stunting* di perdesaan dan perkotaan di Jember. Konstruksi sosial tersebut dipengaruhi oleh pendidikan ibu, usia perkawinan dini, tempat tinggal setelah menikah, tanggung jawab pengasuhan balita, dan prioritas ekonomi pada masyarakat yang menyebabkan minimnya pengetahuan masyarakat tentang gizi. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa kejadian *stunting* bukan merupakan akibat tunggal masalah kesehatan balita, namun terkait erat dengan konstruksi sosial masyarakat. Penyebabnya terletak pada perbedaan konstruksi sosial yang dibangun, pola komunikasi dan pemaknaan antara tenaga kesehatan dengan masyarakat, sehingga tidak ada titik temu untuk keberhasilan program peningkatan gizi balita.

Pangan adalah segala sesuatu yang berasal dari sumber hayati produk pertanian, perkebunan, kehutanan, perikanan, peternakan, perairan, dan air, baik yang diolah maupun tidak diolah yang diperuntukkan sebagai makanan atau minuman bagi konsumsi manusia, termasuk bahan tambahan pangan, bahan baku pangan, dan bahan lainnya yang digunakan dalam proses penyiapan, pengolahan, dan/atau pembuatan makanan atau minuman. Gizi adalah zat atau senyawa yang terdapat dalam pangan yang terdiri atas karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, serat, air, dan komponen lain yang bermanfaat bagi pertumbuhan dan kesehatan manusia. Status Gizi adalah kondisi kesehatan tubuh seseorang yang merupakan hasil akhir dari asupan makanan ke dalam tubuh dan pemanfaatannya (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2015).

Tinggi badan adalah indikator yang paling baik untuk menilai pertumbuhan tubuh dan merupakan hasil kumulatif pertumbuhan sejak lahir bahkan sejak dalam kandungan sehingga menggambarkan riwayat status gizi jangka panjang. *Stunting* disebabkan oleh faktor multi dimensi. Intervensi paling menentukan adalah pada 1.000 Hari pertama kehidupan, yaitu sejak bayi dalam kandungan sampai usia 2 tahun. Salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya *stunting* adalah praktek pengasuhan yang tidak baik, yang meliputi (1) Kurang pengetahuan tentang kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, (2) 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI eksklusif, dan (3) 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima MP-ASI (Kementerian Keuangan 2018).

Pemenuhan pangan tercapai ketika secara fisik dan ekonomi manusia dapat mengakses makanan yang sehat dan bergizi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi agar dapat melakukan kegiatan dan hidup sehat. Hal itu tergantung pada ketersediaan, keterjangkauan, kelayakan dan kesesuaian pangan. Ketidakmampuan mengakses dan mengontrol satu saja dari dimensi itu akan mengganggu terpenuhinya kecukupan pangan. Perempuan, khususnya ibu berperan krusial pada tiap dimensi itu (Hubeis, 2016).

## Kebijakan Pangan dan Gizi di Indonesia

Kebijakan Pangan dan Gizi di Indonesia telah berkembang secara bertahap, atau dapat dikatakan mengalami evolusi secara situasional yang disesuaikan dengan tahapan pembangunan nasional dan perkembangan masalah gizi itu sendiri pada masanya berlaku. Ada lima dekade penting yang perlu dicatat dalam sejarah perjalanan kebijakan program gizi di Indonesia, yaitu (Doddy Izwardy *dalam* Hardinsyah dan Supriasa 2017):

1. Pada era 1970-an, pemerintah merintis kebijakan program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) yang bertujuan memerangi empat masalah gizi utama, yaitu Kurang Energi Protein (KEP), Kurang Vitamin A (KVA), Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY) dan Anemia Gizi.
2. Pada era 1980-an atau tepatnya pada tahun 1984, untuk mempercepat penurunan kematian bayi dan kematian ibu, kegiatan pelayanan gizi diintegrasikan dengan pelayanan imunisasi, pelayanan KIA dan KB di Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).
3. Pada era 1990-an atau tahun 1998, karena adanya krisis ekonomi, dikembangkan program Jaring Pengaman Sosial (*Social Safety Net*). Di bidang gizi diperkenalkan pemberian makanan tambahan kepada ibu dan anak yang dimasukkan dalam intervensi yang ada.
4. Pada era Tahun 2000-an, fokus program perbaikan gizi pada percepatan sasaran MDGs, dengan memperkenalkan konsep Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan tujuan untuk pemerataan dan peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan gizi.
5. Pada era 2010-an, tahun 2013 adanya Gerakan Nasional 1000 HPK, gerakan perbaikan gizi dengan fokus terhadap kelompok 1000 hari pertama kehidupan pada tataran global disebut *Scaling Up Nutrition* (SUN) *Movement* dan di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam rangka Percepatan Perbaikan Gizi Pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakakn 1000 HPK).
6. Tahun 2015, sesuai dengan ditetapkan rencana strategis pembangunan kesehatan 2015-2019, untuk perbaikan gizi khususnya "*stunting*" sebagai prioritas, maka fokus intervensi yang dilakukan untuk pencegahan dan

penanggulangan *stunting* yang berbasis bukti menjadi poin yang sangat penting. Fokus pada *stunting* bukan semata pada ukuran fisik pendek, tetapi lebih pada konsep bahwa proses terjadinya *stunting* bersamaan dengan proses terjadinya hambatan pertumbuhan dan perkembangan organ lainnya, termasuk otak. Artinya, seorang anak yang menderita *stunting* kemungkinan besar juga telah mengalami hambatan pertumbuhan dan perkembangan organ lainnya.

Hampir semua orang Indonesia, terutama kelompok setengah umur ke atas, mengenal slogan Empat Sehat Lima Sempurna (4S5S). Pemerintah kemudian memperkenalkan program baru yang disebut Pedoman Gizi Seimbang (PGS) pada tahun 1993. Banyak yang bertanya mengapa 4S5S diubah dan apa itu PSG. Meskipun sebutan PSG dicantumkan dalam program Pangan dan Gizi Repelita VI tahun 1993, baru tahun 1995 buku pedomannya dicetak dan diedarkan kembali pada tahun 2000 dengan perbaikan namun dalam jumlah yang terbatas dan tidak disebarluaskan, sehingga apa, untuk apa dan bagaimana memanfaatkan PSG belum pernah dijelaskan kepada masyarakat secara luas (Soekirman dalam Jus'at *et al*, 2017).

Slogan 4S5S diperkenalkan di Indonesia pada kurun 1950-an oleh dokter Poerwo Soedarmo yang waktu itu menjabat sebagai Kepala Lembaga Makanan Rakyat. Aslinya diciptakan pada 1940-an di AS (USA) oleh Departemen Pertanian (USDA), dengan sebutan yang terus berganti-ganti. Mula-mula disebut pedoman *basic seven* karena makanan dibagi dalam tujuh kelompok, kemudian menjadi *basic five* karena dari tujuh kelompok makanan digabung-gabung menjadi lima kelompok. Terakhir, pada tahun 1950-an menjadi *basic four* karena hanya terdiri dari empat kelompok makanan. Slogan itu terpaksa diubah-ubah karena dasar ilmu gizi yang dipakai menyusun pedoman pertama pada tahun 1940 sudah berubah. Pengetahuan tentang jenis, jumlah zat gizi dan kegunaannya bagi tubuh waktu itu masih berubah-ubah sesuai dengan penemuan hasil penelitian baru yang berkembang pesat pada awal abad ke-19 (Soekirman dalam Jus'at *et al*, 2017).

Sampai tahun 1970, rakyat AS masih menggunakan slogan *basic four* dan *basic five*. Mulai 1970 slogan itu berubah lagi, diperbaharui lagi dengan prinsip penyusunan yang sangat berbeda, tidak lagi berupa slogan tetapi lebih mendalam menjadi suatu pedoman. Pedoman baru ini tidak hanya menerangkan adanya pengelompokan bahan makanan, seperti slogan semula, tetapi lebih menekankan perlunya keseimbangan makanan atau *balanced diet*. Pedoman baru ini dipopulerkan di masyarakat dengan sebutan *dietary* atau *nutritional guideline for american people*, alias pedoman gizi seimbang bagi rakyat Amerika Serikat dengan logo simbol piramida. Pada *basic seven*, makanan dikelompokkan sama rata, dalam proporsi (perbandingan) yang sama. Kesannya kita memerlukan kelompok-kelompok makanan itu dalam porsi yang sama setiap hari. Padahal sebenarnya tidak demikian (Jus'at *et al*, 2017).

Pada gambar piramida gizi seimbang tahun 1970, makanan dibagi menjadi enam kelompok dengan proporsi terbesar adalah kelompok karbohidrat (roti, sereal, mi, nasi, dan lain-lain) sebagai sumber vitamin dan mineral. Keduanya dalam kotak berbeda untuk menekankan pentingnya peran dan proporsi tiap-tiap kelompok. Kotak sayur lebih besar dari kotak buah, artinya jumlah atau porsi sayur yang dianjurkan untuk kita makan setiap hari lebih sedikit dibandingkan porsi buah. Pada lapisan ketiga dari bawah piramida ada kelompok lauk-pauk (daging, telur, ikan, dan lain-lain) dan susu serta produk susu (mentega, keju, dan lain-lain). Proporsi kelompok makanan ini lebih kecil dibandingkan dengan kelompok karbohidrat, dan kelompok sayur dan buah. Di puncak piramida yang ruangnya tersempit terdapat kelompok makanan yang relatif tidak terlalu banyak diperlukan tubuh, sehingga porsinya perlu dibatasi seperlunya saja untuk menjaga keseimbangan gizi. Kelompok ini adalah gula, minyak dan lemak serta garam (Jus'at *et al*, 2017).

Logo dan isi PSG di AS pada tahun 2005 sangat berbeda dengan sebelumnya. Makanan tidak lagi dikelompokkan dalam kotak-kotak piramida, tetapi dalam kerucut yang lebar (bawah) dan makin menyempit ke atas yang berbeda-beda warna. Setiap warna mewakili kelompok makanan tertentu. Prinsip dari pedoman ini adalah setiap orang (kecuali bayi 0-6 bulan) setiap harinya memerlukan aneka ragam jenis makanan dari setiap kelompok. Perbedaannya pada jumlah atau porsi yang harus dikonsumsi. Salah satu patokan yang menyebabkan perbedaan itu adalah kegiatan atau keaktifan fisik seseorang, yang digambarkan dengan orang naik tangga di sebelah piramida. Anak tangga bagian bawah yang lebih lebar menggambarkan kegiatan yang lebih aktif (olahraga atau kerja otot yang keras), dan anak tangga di atasnya yang menyempit menggambarkan kegiatan yang kurang atau tidak aktif (kurang bergerak). Makin aktif maka makin banyak porsi semua kelompok makanan yang harus dimakan (tidak hanya makanan sumber energi). PSG tidak sama untuk masyarakat yang berbeda budaya, khususnya budaya atau kebiasaan makan. Untuk masyarakat Asia berbeda dengan piramida aslinya, di mana susu tidak terlihat secara khusus tetapi digabung dengan ikan dan dekat dengan telur dan ayam. Sesuai dengan kebiasaan makan orang Asia umumnya, gading ditempatkan di puncak piramida karena jarang dimakan. Makanan manis, telur dan daging ayam dimakan seminggu sekali, sedangkan ikan dan makanan laut secara bergantian dianjurkan setiap hari. Untuk makanan pokok, sayur, buah dianjurkan setiap hari dimakan (Jus'at *et al*, 2017).

Lebih dari 15 tahun lalu Pedoman Gizi Seimbang telah dikenalkan dan disosialisasikan kepada masyarakat. Hasil kajian ilmiah yang diwujudkan dalam Naskah Akademik 2012 menunjukkan, bahwa banyak masalah dan kendala dalam sosialisasi Gizi Seimbang sehingga harapan untuk merubah perilaku gizi masyarakat ke arah perilaku gizi seimbang belum sepenuhnya tercapai. Konsumsi pangan belum seimbang baik kuantitas maupun kualitasnya, dan perilaku hidup bersih dan sehat belum memadai. Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa "*stunting*" pada Balita dan prevalensi Penyakit Tidak Menular (PTM) makin meningkat. Dengan kondisi demikian maka perhatian terhadap masalah gizi ganda perlu lebih ditingkatkan antara lain melalui upaya perubahan perilaku gizi masyarakat ke arah perilaku gizi seimbang yang merupakan faktor penting dalam pencegahan timbulnya masalah gizi dan mempertahankan status gizi yang baik (Kementerian Kesehatan RI 2014).

Munculnya berbagai masalah gizi buruk dan *stunting* pada berbagai daerah di Indonesia menunjukkan masalah gizi kurang masih 'tersembunyikan' walaupun berbagai kebijakan dan program telah dibuat dan dilaksanakan oleh pemerintah dengan anggaran ratusan miliar rupiah bahkan mungkin triliunan dengan berbagai nama yang

menarik, seperti Program Jaring Pengaman Sosial (JPS), Dana Kompensasi BBM, Bantuan Pangan Raskin dan Makanan Tambahan Balita Kurang Gizi (MPASI). Semua atas nama dan demi orang serta anak balita miskin (Soekirman dalam Jus'at *et al*, 2017).

Terjadinya busung lapar, gizi buruk dan *stunting* adalah suatu proses, tidak tiba-tiba. Oleh karena itu, apabila pemerintah dan masyarakat mau mengerti dan mau bertindak, maka terjadinya hal itu bisa dicegah, yaitu dengan mengetahui penyebab langsung dan tidak langsung gizi buruk serta dengan melakukan pemantauan dan melakukan tindakan pencegahan. Penyebab langsung yang dialami anak ada dua (Soekirman dalam Jus'at *et al*, 2017):

- (1) Bayi dan anak balita tidak mendapat makanan dengan gizi seimbang, yaitu air susu ibu, MPASI, dan makanan dengan gizi seimbang.
- (2) Pola pengasuhan anak. Suatu studi *positive deviance* mempelajari mengapa dari sekian banyak bayi dan anak balita di suatu desa miskin hanya sebagian kecil yang menderita gizi buruk, padahal orangtua mereka semuanya petani miskin. Dari studi ini diketahui pola pengasuhan anak berpengaruh terhadap timbulnya gizi buruk. Anak yang diasuh oleh ibunya yang memiliki pengetahuan tentang pentingnya ASI, posyandu, kebersihan ternyata anaknya lebih sehat. Unsur pendidikan wanita berpengaruh pada kualitas pengasuhan anak. Sebaliknya sebagian anak yang gizi buruk ternyata diasuh oleh nenek atau tetangga bukan kerabat yang juga miskin dan tidak berpendidikan. Banyaknya wanita yang meninggalkan desa mencari kerja di kota, bahkan menjadi TKI, kemungkinan juga menjadi penyebab gizi buruk.
- (3) Pelayanan kesehatan, terutama imunisasi, penanganan diare dengan oralit, tindakan cepat pada balita yang tidak baik berat badan, pendidikan dan penyuluhan kesehatan dan gizi, dukungan pelayanan di posyandu, penyediaan air bersih, kebersihan lingkungan dan sebagainya. Pelayanan kesehatan yang lemah dan tidak memuaskan masyarakat terkait dengan kedua penyebab di atas.

### **Kedaulatan Pangan**

Kedaulatan Pangan adalah hak negara dan bangsa yang secara mandiri menentukan kebijakan Pangan yang menjamin hak atas Pangan bagi rakyat dan yang memberikan hak bagi masyarakat untuk menentukan sistem Pangan yang sesuai dengan potensi sumber daya lokal (Undang-undang No 18 Tahun 2012 tentang Pangan). Kedaulatan Pangan adalah konsep pemenuhan pangan melalui produksi lokal. Kedaulatan pangan merupakan konsep pemenuhan hak atas pangan yang berkualitas gizi baik dan sesuai secara budaya, diproduksi dengan sistem pertanian yang berkelanjutan dan ramah lingkungan. Artinya, kedaulatan pangan sangat menjunjung tinggi prinsip diversifikasi pangan sesuai dengan budaya lokal yang ada. Kedaulatan pangan juga merupakan pemenuhan hak manusia untuk menentukan sistem pertanian dan pangannya sendiri yang lebih menekankan pada pertanian berbasis keluarga – yang berdasarkan pada prinsip solidaritas. Kedaulatan pangan adalah hak setiap bangsa dan setiap rakyat untuk memproduksi pangan secara mandiri dan hak untuk menetapkan sistem pertanian, peternakan, dan perikanan tanpa adanya subordinasi dari kekuatan pasar internasional.

Sistem pangan lokal menyediakan fondasi nutrisi, pendapatan, ekonomi, ekologi, dan budaya masyarakat di seluruh dunia. Dengan cara ini, makanan terutama dijual, diproses, dijual kembali, dan dikonsumsi secara lokal, dengan banyak orang memperoleh penghasilan dan mata pencaharian mereka melalui pekerjaan dan kegiatan di berbagai titik rantai makanan, dari biji hingga piring. Namun, terlepas dari peran mereka saat ini dan potensi masa depan untuk memenuhi kebutuhan manusia dan mempertahankan beragam ekologi, sistem pangan lokal – dan organisasi yang mengaturnya – terancam oleh dua proses utama. Yang pertama adalah restrukturisasi global sistem pertanian-pangan, dengan beberapa perusahaan transnasional mendapatkan kendali monopoli atas berbagai mata rantai dalam rantai makanan (Pimbert 2009).

Konsep kedaulatan pangan secara resmi telah menjadi tujuan dan juga pendekatan dalam pembangunan pangan nasional, sebagaimana tercantum dalam UU No. 18 Tahun 2012 tentang Pangan, bersama-sama dengan kemandirian pangan dan ketahanan pangan. Namun demikian, sampai saat ini perumusan dan pemahaman tentang kedaulatan pangan masih beragam dan kurang jelas. Kedaulatan pangan merupakan suatu strategi dasar untuk melengkapi ketahanan pangan sebagai tujuan akhir pembangunan pangan, karena kedua konsep ini sesungguhnya sejalan dan saling melengkapi. Hasil dari pendalaman terhadap berbagai konsep, dirumuskan bahwa kedaulatan pangan berkenaan dengan hak dan akses petani kepada seluruh sumber daya pertanian mencakup lahan, air, sarana produksi, teknologi, pemasaran, serta terhadap konsumsi. Kondisi ini dapat diukur pada berbagai level baik level individu, rumah tangga, komunitas, wilayah, dan juga nasional (Syahyuti 2015).

Kedaulatan pangan dengan demikian menyiratkan hak individu, masyarakat, komunitas, dan negara untuk (Pimbert 2009) :

1. Menentukan kebijakan pertanian, tenaga kerja, perikanan, makanan, tanah dan pengelolaan air mereka sendiri yang secara ekologis, sosial, ekonomi dan budaya sesuai dengan keadaan unik mereka.
2. Memperoleh dan menghasilkan makanan, yang berarti bahwa semua orang memiliki hak untuk makanan yang aman, bergizi dan sesuai dengan budaya, sesuai sumber daya lokal dan kemampuan untuk mempertahankan diri mereka sendiri dan masyarakat.
3. Melindungi dan mengatur produksi dan perdagangan dalam negeri dan mencegah membanjirnya produk makanan dan bantuan pangan yang tidak perlu di pasar domestik.
4. Memilih tingkat kemandirian mereka sendiri dalam pemenuhan pangan

### **Kesimpulan**

Penelitian telah banyak dilakukan mengenai permasalahan gizi, tetapi lebih difokuskan pada permasalahan teknis terkait pemenuhan pangan dan gizi. Namun bagaimana dinamika pemenuhan pangan dan pemahaman tentang



gizi di masyarakat belum banyak dilakukan. Banyak kajian didasarkan pada data sekunder dan hanya mengkaji fenomena yang tampak pada masa kini. Pada kenyataannya, fenomena pemenuhan pangan yang tampak sekarang adalah hasil proses panjang berdasarkan perkembangan pengetahuan dan kekuasaan yang berlangsung terus menerus seiring dengan munculnya beragam konsep tentang pangan dan gizi.

Beragam program penanggulangan masalah kurang gizi sudah dilaksanakan, tetapi belum mampu menyelesaikan masalah tumbuh kembang anak yang disebabkan kurang gizi. Pemenuhan pangan keluarga utamanya dilakukan oleh ibu berdasarkan pengetahuan yang dimiliki dan relasi kuasa dalam pengambilan keputusan mengenai pemilihan menu keluarga. Modernisasi memberikan pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan dan perilaku pemenuhan pangan di masyarakat. Penelitian lanjutan untuk mengkaji nilai-nilai lokal dan pihak-pihak yang terlibat dalam pemenuhan pangan dan gizi di masyarakat. Menarik untuk dikaji bagaimana konsep kedaulatan pangan dalam pemenuhan pangan mereka, yaitu sejauh mana hak mereka atas pangan yang cukup dan berkualitas dapat terpenuhi sesuai dengan nilai-nilai lokal yang mereka yakini.

Perempuan memegang peranan penting dalam pemenuhan pangan keluarga yang berimplikasi pada tumbuh kembang anak. Peran itu dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki dan relasi kuasa perempuan dalam pemenuhan pangan. Pengetahuan yang dimiliki akan tampak jika memiliki kekuasaan untuk mengimplementasikannya. Hal itu dipengaruhi oleh relasi kuasa perempuan di dalam keluarga dan komunitasnya. Maka relasi kuasa perempuan dalam pemenuhan pangan dan pola asuh juga penting untuk dikaji lebih lanjut.

## References

- Anwar F, Khomsan A, Mauludyani AVR, Ekawidyani KR. (2014). *Masalah dan Solusi Stunting: Akibat Kurang Gizi di Wilayah Perdesaan*. Penerbit IPB Pess. Bogor..
- Aridiyah FO, Rohmawati N, Ririanty M. (2015). Faktor yang Mempengaruhi Stunting pada Balita di Pedesaan dan Perkotaan. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, vol. 3 (no. 1) Januari 2015.
- [Bappenas] Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dan Kementerian Kesehatan. (2010). *Analisis Lanskap Kajian Negara Indonesia*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Hardinsyah dan Supariasa N. (2017). Ilmu Gizi: Teori dan Aplikasi. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Hayati, AW. (2013). Pola Konsumsi Pangan dan Asupan Energi dan Zat Gizi Anak Stunting dan Tidak Stunting 0 – 23 Bulan. *Jurnal Gizi dan Pangan IPB*. Bogor.
- Hubeis, AVS. (2016). *Pemberdayaan Perempuan dari Masa ke Masa*. IPB Press. Bogor.
- Islam A, Tuhin Biswas. (2015). Chronic stunting among under-5 children in Bangladesh: A situation analysis. *Adv Pediatr Res* 2:18. doi:10.12715/apr. 2015.2.18
- Jus'at I, Winoto A, Pribadi N, Martianto D, Atmarita, Riyanti A, Afriansyah N, Agustina W (Ed.). (2017). *Gizi Pembangunan: Kumpulan Tulisan Prof. Soekirman 1962-2015*. Penerbit IPB Press. Bogor.
- Katsushi SI, Kobina S, Kulkarni VS, Gaiha R. (2014). Women's Empowerment and Prevalence of Stunted and Underweight Children in Rural India. *World Development* Vol. 62, pp. 88 – 105.
- [Kemenkes] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Situasi Balita Pendek*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Pedoman Gizi Seimbang*.
- Kementerian Keuangan. (2018). *Penanganan Stunting Terpadu 2018*.
- Kusumawati E, Rahardjo S, Sari HP. (2015). Model Pengendalian Faktor Risiko *Stunting* pada Anak Usia di Bawah Tiga Tahun. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 9, No. 3, Februari 201.
- Lamid A. (2015). *Masalah Kependekan (Stunting) pada Anak Balita: Analisis Prospek Penanggulangannya di Indonesia*. IPB Press. Bogor.
- Lestari W, Kristiana L, dan Paramita A. (2018). Stunting : Studi Konstruksi Sosial Masyarakat Perdesaan dan Perkotaan Terkait Gizi dan Pola Pengasuhan Balita di Kabupaten Jember. *Aspirasi* Vol 9 No 1, Juni 2018.
- Merryana A, Bambang Wirjatmadi. (2014). *Pengantar Gizi Masyarakat*. Kencana. Jakarta.
- [MCA] Millennium Challenge Account – Indonesia. (2011). Stunting dan Masa Depan Indonesia. *International journal of epidemiology* 40.5 (2011): 1196-1204.
- Mira, (2015). Permasalahan Anak Pendek (Stunting) dan Intervensi untuk Mencegah Terjadinya Stunting (Suatu Kajian Kepustakaan). *Jurnal Kesehatan Komunitas*, Vol. 2, No. 6, Mei 2015.
- Ni'mah K, Nadiroh SR. (2015). Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita. *Media Gizi Indonesia*, Vol. 10, No. 1 Januari–Juni 2015: hlm. 13–19.
- Ni'mah C, Muniroh L. (2015). Hubungan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan dan Pola Asuh Ibu dengan Wasting dan Stunting pada balita Keluarga Miskin. *Media Gizi Indonesia*, Vol. 10, No. 1 Januari–Juni 2015: hlm. 84–90
- Oktarina Z, dan Trini Sudiarti. (2013). Faktor Risiko *Stunting* pada Balita (24 – 59 bulan) di Sumatera. *Jurnal Gizi dan Pangan*, November 2013, Volume 8, Nomor 3, November 2013: 175 – 180.
- Paudel R, Pradhan B, Wagle RR, Pahari DP, Onta SR. (2012). Risk Factors for Stunting Among Children: A Community Based Case Control Study in Nepal. *Kathmandu Univ Med J* 2012;39(3):18-24. Tribhuvan University, Nepal.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2012). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan. Sekretariat Negara. Jakarta.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2015 tentang Ketahanan Pangan dan Gizi.
- Pimbert, M. (2009). *Towards Food Sovereignty*. Gatekeeper 141 : November 2009. Published and is supported by the

Swedish International Development Cooperation Agency (Sida) and the Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC).

- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Situasi Balita Pendek*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Som S, Pal M, Bharati P. (2007). Role of Individual And Household Level Factors on Stunting: A Comparative Study In Three Indian States. *Annals of Human Biology*, November–December 2007; 34(6): 632–646.
- Sujendran S, Senarath U, Joseph J (2015). Prevalence of Stunting among Children Aged 6 to 36 Months, in the Eastern Province of SriLanka. *J Nutr Disorders Ther* 5: 154. Volume 5 • Issue 1.
- Sulastri D. (2012). Faktor Determinan Kejadian Stunting pada Anak Usia Sekolah di Kecamatan Lubuk Kilangan Kota Padang. *Majalah Kedokteran Andalas* No.1. Vol.36. Januari-Juni 2012
- Syahyuti, Sunarsih, Wahyuni S, Wahyuning K. Sejati, dan Azis M. 2015. Kedaulatan Pangan sebagai Basis untuk Mewujudkan Ketahanan Pangan Nasional. *Forum Penelitian Agro Ekonomi*, Vol. 33 No. 2, Desember 2015: 95–109.
- Trihono, Atmarita, Tjandrarini DH, Irawati A, Utami NH, Tejayanti T, Nurlinawati I. (2015). *Pendek (Stunting) di Indonesia, Masalah dan Solusinya*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Walker SP, Chang SM, Wright A, Osmond C, Grantham-McGregor SM. (2015). Early Childhood Stunting Is Associated with Lower Developmental Levels in the Subsequent Generation of Children. *The Journal of Nutrition*. First published ahead of print February 18, 2015.
- [WHO] World Health Organization. (2013). Childhood Stunting: Context, Causes and Consequences. WHO Conceptual framework. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Maternal and Child Nutrition* 2013;9 (Suppl 2):27-45.