

Faktor sosial terkait stunting pada anak Suku Lauje usia 24-59 bulan di Kecamatan Palasa, Kabupaten Parigi Moutong

The social determinants associated with stunting in children from the Lauje tribe (aged 24-59 months) Palasa District, Parigi Moutong Regency

I Wayan Suwekatama¹, BJ. Istiti Kandarina¹, Digna Niken Purwaningrum¹

¹Departemen Biostatistik, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

ABSTRACT

Background: Stunting is a chronic nutritional problem caused by multiple factors. Stunting is a threat to the achievement of human resource progress. Handling stunting requires an approach according to the characteristics of the region. **Objective:** This study aims to analyze the social determinants associated with the incidence of stunting in children from the Lauje tribe (aged 24-59 months) Palasa District, Parigi Moutong Regency. **Methods:** This type of research is observational with a cross-sectional study design and total sample obtained is 130 people. Statistical analysis using Chi-Square test to determine the significance of the relationship between variables. **Results:** The results of the bivariate analysis showed that the social determinant variables that had a significant relationship with the incidence of stunting were family food security ($p=0.0208$, OR= 2.56; CI 95%=1.06-6.35), food diversity ($p=0.0005$, OR=3.61; CI 95%=1.57-8.46), mother's education ($p=0.0002$, OR=4.73; CI 95%=1.86-12.68), and family income ($p=0.003$, OR=2.9; CI 95%=1.33-6.49). While the variables of access to health facilities and access to clean water and sanitation were not related to the incidence of stunting in Lauje children aged 24-59 months. **Conclusions:** The incidence of stunting in Lauje children was found to be associated with several social determinant variables. So that stunting handling efforts are needed by increasing multi-sectoral collaboration and involving local community leaders.

KEYWORDS: Lauje tribe; social determinants; stunting

ABSTRAK

Latar belakang: Stunting adalah permasalahan gizi kronis yang disebabkan oleh multi faktor. Stunting merupakan ancaman bagi pencapaian kemajuan sumber daya manusia. Penanganan stunting memerlukan pendekatan sesuai dengan karakteristik wilayah. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan menganalisis determinan sosial yang berhubungan dengan kejadian stunting pada anak suku Lauje (usia 24-59 bulan) Kecamatan Palasa, Kabupaten Parigi Moutong. **Metode:** Jenis penelitian observasional dengan rancangan *cross-sectional* dan total sampel 130 orang. Analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square* untuk menentukan kemaknaan hubungan antar variabel. **Hasil:** Variabel determinan sosial yang berhubungan signifikan dengan kejadian stunting adalah ketahanan pangan keluarga ($p=0,0208$, OR= 2,56; CI 95%=1,06-6,35); keragaman pangan ($p=0,0005$, OR=3,61; CI 95%=1,57-8,46); pendidikan ibu ($p=0,0002$, OR=4,73; CI 95%=1,86-12,68); dan pendapatan keluarga ($p=0,003$, OR=2,9; CI 95%=1,33-6,49). Sementara variabel akses terhadap fasilitas kesehatan serta akses air bersih dan sanitasi tidak berhubungan dengan kejadian stunting pada anak suku Lauje usia 24-59 bulan. **Simpulan:** Kejadian stunting pada anak suku Lauje ditemukan berhubungan dengan beberapa variabel determinan sosial sehingga diperlukan upaya penanganan stunting dengan peningkatan peran lintas sektor serta melibatkan tokoh masyarakat setempat.

KATA KUNCI: suku Lauje; stunting; determinan sosial

Korespondensi: I Wayan Suwekatama, Departemen Biostatistik, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Jl. Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta 55281, Indonesia, e-mail: suwekatama@gmail.com

Cara sitasi: Suwekatama IW, Kandarina I, Purwaningrum DN. Faktor sosial terkait stunting pada anak Suku Lauje usia 24-59 bulan di Kecamatan Palasa Kabupaten Parigi Moutong. Jurnal Gizi Klinik Indonesia. 2023;19(4):139-145. doi: 10.22146/ijcn.67741

PENDAHULUAN

Stunting adalah permasalahan gizi yang sedang dihadapi dunia. Stunting merupakan permasalahan gizi kronis dengan penyebab multifaktor yang terjadi secara lintas generasi [1]. Pada tahun 2017, sebanyak 22% anak balita di seluruh dunia mengalami stunting yang 55% diantaranya terjadi di Asia [2]. Oleh karena itu, penurunan angka balita stunting menjadi tujuan pertama yang ingin dicapai dari enam *Global Nutrition Targets* pada tahun 2025 [3]. Stunting juga merupakan indikator kunci dalam pencapaian program *Sustainable Development Goals* pada poin ke dua yaitu penghapusan kelaparan, mencapai ketahanan pangan, dan meningkatkan gizi [4].

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 menunjukkan prevalensi stunting pada anak Indonesia berada pada angka 37,2% yang sudah mengalami penurunan pada hasil Riskesdas tahun 2018 menjadi 30,8% [5]. Namun, penurunan angka tersebut berbanding terbalik dengan adanya peningkatan permasalahan terkait stunting seperti BBLR (6,2%), panjang badan lahir kurang dari 48 cm (22,7%), serta cakupan imunisasi dasar yang hanya mencapai (57,9%) [6]. Pemerintah Indonesia melakukan intervensi untuk menurunkan angka stunting dengan menetapkan daerah lokasi fokus (lokus) penanganan stunting. Kabupaten Parigi Moutong dengan prevalensi stunting 42,5% menjadi salah satu lokus penanganan stunting [7]. Sejumlah sepuluh desa yang menjadi desa lokus penanganan stunting, desa lokus terbanyak terdapat di Kecamatan Palasa dengan empat desa lokus. Karakteristik topografi wilayah ini berupa pesisir pantai dan wilayah gunung. Mayoritas penduduk di wilayah ini adalah suku Lauje yang termasuk salah satu suku terasing di Sulawesi Tengah [8] yang sebagian penduduknya masih menerapkan pola hidup berpindah-pindah [9].

Karakteristik suku Lauje merupakan kondisi sosial yang khas dan perlu menjadi perhatian dalam upaya penurunan stunting di Kabupaten Parigi Moutong. Penanganan stunting, terutama pada suku yang relatif terasing sehingga sangat mungkin mempunyai pola hidup yang berbeda, membutuhkan data pendukung yang akurat sesuai dengan kondisi spesifik wilayah. Kondisi lingkungan sosial sangat berpengaruh dan bisa menjadi faktor risiko terjadinya gangguan gizi khususnya stunting

pada anak balita [10]. Penelitian sebelumnya telah banyak menemukan faktor risiko stunting yang sangat berkaitan dengan pemberian ASI yang tidak eksklusif [11], status sosial ekonomi keluarga yang rendah [12], pendidikan orang tua [13], akses sanitasi dan air bersih [14], dan pelayanan kesehatan dasar [15]. Berbagai penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa faktor risiko utama penyebab stunting di beberapa wilayah ditemukan berbeda dengan daerah lainnya. Oleh karena itu, peneliti menganggap masih perlu dilakukan penelitian ini yang bertujuan untuk melihat determinan sosial stunting secara spesifik sesuai karakteristik masyarakat suku Lauje.

BAHAN DAN METODE

Desain dan subjek

Penelitian ini adalah observasional dengan rancangan *cross-sectional* yang dilaksanakan di Desa Dongkalan dan Desa Ulatan Kecamatan Palasa, Kabupaten Parigi Moutong, Provinsi Sulawesi Tengah pada bulan Agustus – September 2020. Populasi pada penelitian ini adalah balita usia 24-59 bulan di Desa Dongkalan dan Desa Ulatan sedangkan responden adalah ibu dari balita. Kriteria inklusi subjek penelitian adalah anak berusia 24-59 bulan pada saat dilakukan penelitian, merupakan masyarakat dari suku Lauje, ibu balita bersedia menjadi responden, anak yang diasuh oleh ibu kandungnya, anak tidak sedang dalam keadaan sakit serta tidak mengalami kelainan pertumbuhan bawaan (kongenital). Teknik pengambilan sampel menggunakan *snowball sampling* untuk mendapatkan balita dari suku Lauje. Besar sampel dalam penelitian ini berjumlah 130 orang. Penelitian ini sudah mendapatkan *ethical clearance* dari Komite Etik Penelitian Kedokteran Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada dengan nomor : KE/FK/0524/EC/2020.

Pengumpulan dan pengukuran data

Variabel independen pada penelitian ini adalah akses fasilitas kesehatan, akses air bersih dan sanitasi, tingkat pendidikan ibu, pendapatan keluarga, ketahanan pangan keluarga, dan keragaman konsumsi pangan sedangkan variabel dependen adalah stunting.

Stunting. Kondisi kelainan gizi kronis yang diidentifikasi dengan pertumbuhan tinggi badan yang tidak sesuai dengan umur disebut dengan stunting. Tinggi badan anak diperoreh dengan cara mengukur tinggi badan dengan *microtoise* pada saat anak berdiri tegak pada bidang datar dan lurus. Anak tergolong stunting jika *z-score* kurang dari $-2SD$ dan tidak stunting jika *z-score* lebih dari atau sama dengan $-2SD$ (WHO, 2006).

Akses fasilitas kesehatan dan sanitasi. Variabel akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan kemampuan dari masyarakat untuk menjangkau dan memanfaatkan pusat pelayanan kesehatan dasar terdekat. Hal yang menjadi pertimbangan untuk menentukan kategori akses ke fasilitas kesehatan adalah jarak tempuh, sarana transportasi yang digunakan, biaya yang dibutuhkan untuk menuju Faskes, dan kepemilikan kartu JKN/KIS yang terkait dengan biaya pengobatan. Sementara variabel akses air bersih dan sanitasi meliputi ketersediaan sarana air bersih, perilaku cuci tangan, dan kebiasaan buang air besar dan kecil (BAB/BAK) di jamban. Variabel akses fasilitas kesehatan dan akses air bersih dan sanitasi diperoleh melalui wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner.

Pendidikan ibu. Jenjang pendidikan terakhir yang telah ditamatkan oleh ibu dengan kategori rendah (tidak sekolah, SD/ sederajat, atau SMP/ sederajat) dan tinggi (SMA/ sederajat, D3, S1, S2).

Pendapatan keluarga. Jumlah uang yang didapatkan oleh seluruh anggota keluarga melalui pekerjaannya selama satu bulan (Rp) yang dikategorikan berdasarkan upah minimal kerja (UMK) Parigi Moutong yaitu kurang jika dibawa Rp. 2.100.000 dan cukup jika lebih dari atau sama dengan Rp. 2.100.000.

Ketahanan pangan keluarga. Ketahanan pangan keluarga diukur dengan menggunakan survei ketahanan pangan rumah tangga [16] dan juga dengan mempertimbangkan besarnya proporsi pengeluaran pangan terhadap total pengeluaran rumah tangga. Skor yang diperoleh kemudian dikategorikan status ketahanan pangannya berdasarkan skala Radimer/ Cornell. Jika pengeluaran untuk pangan lebih dari 60%, maka rumah tangga dikategorikan tidak tahan pangan.

Keragaman konsumsi pangan. Data keragaman pangan diperoleh melalui wawancara dengan ibu balita

mengenai pola makan berdasarkan panduan formulir *Semi Quantitative-Food Frequency Questionnaire* (SQ-FFQ). Status keragaman konsumsi pangan diukur menggunakan *Dietary Diversity Score* (DDS), dengan melihat konsumsi terhadap sembilan kelompok pangan, antara lain sumber pati/karbohidrat; daging hewani dan olahannya; susu dan olahannya; kacang-kacangan dan olahannya; buah dan sayur kaya vitamin A; buah lainnya, sayur lainnya; lemak dan minyak. Skor DDS kemudian dikategorikan menjadi dua yaitu tidak beragam (skor DDS ≥ 6) dan beragam (skor DDS < 6) [17].

Analisis data

Analisis data univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi karakteristik responden dan variabel penelitian. Selanjutnya dilakukan analisis bivariat menggunakan uji *Chi-Square* dengan nilai $\alpha < 0,05$ yang menjadi rujukan untuk menentukan kemaknaan hubungan antar variabel. Besar hubungan atau risiko antara variabel independen dan variabel dependen dapat diketahui dengan melihat nilai *Odds Ratio* (OR).

HASIL

Tabel 1 menunjukkan bahwa jumlah responden terbanyak secara berurutan ada pada kelompok umur 24-36 bulan, 37-48 bulan kemudian disusul oleh kelompok umur 49-59 bulan. Sementara jenis kelamin tidak terdapat perbedaan jumlah yang terlalu jauh antara balita laki-laki dan perempuan. Usia ibu yang menjadi responden paling banyak berada pada rentang usia 20-35 tahun. Berdasarkan jenis profesi orang tua, mayoritas ayah bekerja sebagai petani sedangkan ibu sebagian besar tidak bekerja.

Prevalensi stunting pada balita suku Lauje yang berusia 24-59 bulan yaitu sebesar 52,31%. **Tabel 2** juga menunjukkan bahwa akses keluarga terhadap fasilitas kesehatan dasar masih kurang, hanya sebagian keluarga yang memiliki akses yang baik. Demikian juga dengan akses terhadap sanitasi dan air bersih yang dimiliki oleh keluarga responden, mayoritas masih berada dalam kondisi yang kurang baik. Hal ini bisa dilihat dari kebiasaan buang air besar (BAB) yang dilakukan keluarga responden yaitu lebih dari setengah keluarga

Tabel 1. Karakteristik responden

Variabel	n	%
Usia anak (bulan)		
24-36	53	40,80
37-48	48	36,90
49-59	29	22,30
Jenis kelamin anak		
Laki-laki	63	48,46
Perempuan	67	51,54
Usia ibu (tahun)		
< 20	2	1,50
20 – 35	100	76,90
>35	28	21,50
Pekerjaan ayah		
Petani	115	88,46
Nelayan	6	4,62
Pegawai honorer	4	3,08
Wiraswasta	2	1,54
Perangkat desa	2	1,54
Kuli bangunan	1	0,77
Pekerjaan ibu		
Ibu rumah tangga	115	88,46
Pedagang	7	5,39
Pegawai honorer	6	4,62
Tani	1	0,77
Biduan	1	0,77

responden yang melakukan kebiasaan BAB di hutan, pantai maupun sungai dan sebagian sisanya sudah memiliki kebiasaan BAB di WC. Lebih lanjut, sebagian besar keluarga responden (52,31%) masih memiliki kebiasaan mengonsumsi air minum yang belum melalui proses pengolahan atau tidak dimasak. Berdasarkan status ketahanan pangan, sebagian besar keluarga responden (73,85%) berada pada kelompok tidak tahan pangan. Jika ditinjau dari status keragaman pangan yang dikonsumsi oleh balita, lebih dari separuh balita (53,08%) yang mengonsumsi makanan tidak beragam.

Berdasarkan tingkat pendidikan yang dimiliki oleh ibu, dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu masih memiliki tingkat pendidikan yang rendah (tidak menempuh pendidikan, tamat SD-SMP) sedangkan pendidikan yang dikategorikan tinggi bila telah menamatkan pendidikan minimal SMA. Selanjutnya, data pendapatan keluarga diperoleh dengan melakukan pendekatan pengeluaran, yaitu menjumlahkan banyaknya pengeluaran pangan dan non pangan yang dikeluarkan setiap bulannya.

Tabel 2. Hasil analisis univariat

Variabel	n	%
Status gizi anak		
Stunting	68	52,31
Normal	62	47,69
Akses fasilitas kesehatan dasar		
Baik	62	47,69
Kurang baik	68	52,31
Akses air bersih dan sanitasi		
Baik	31	23,85
Kurang baik	99	76,15
Air minum dimasak		
Dimasak	62	47,69
Tidak dimasak	66	52,31
Tempat buang air besar		
WC	64	49,23
Hutan, pantai, sungai	52	50,77
Ketahanan pangan		
Tahan pangan	34	26,15
Tidak tahan pangan	96	73,85
Status keragaman pangan		
Beragam	61	46,92
Tidak beragam	69	53,08
Pendidikan ibu		
Rendah	95	73,08
Tinggi	35	26,92
Pendapatan keluarga		
Kurang	78	60,00
Sedang	52	40,00
Menerima bantuan sosial		
Menerima bansos (PKH dan BLT)	94	72,31
Tidak menerima	36	27,69

Jika dilihat secara keseluruhan, penghasilan keluarga responden berada di bawah angka UMK Parigi Moutong yaitu sebesar Rp 2.445.950. Namun, untuk kebutuhan pengolahan data, tingkat penghasilan dibagi menjadi lima kuintil, selanjutnya kuintil 1-5 dikategorikan rendah dan kuintil 4-5 dikategorikan sedang. Berdasarkan pengelompokan tersebut ditemukan sebesar 60% keluarga responden berada pada kelompok berpendapatan rendah sedangkan 40% berada pada kategori sedang. Data tersebut juga didukung dengan melihat besarnya proporsi keluarga responden yang menerima bantuan sosial (bansos), baik berupa Program Keluarga Harapan (PKH) maupun Bantuan Langsung Tunai (BLT) (**Tabel 3**).

Berdasarkan hasil analisis bivariat (**Tabel 3**) ditemukan beberapa variabel bebas yang tidak

Tabel 3. Hasil analisis bivariat

Variabel	Status gizi balita (TB/U)		OR (CI 95%)	P
	Stunting (n, %)	Normal (n, %)		
Akses fasilitas kesehatan				
Kurang baik	39 (57,35)	29 (42,65)	1,53	0,2278
Baik	29 (46,77)	33 (53,23)	(0,72-3,24)	
Air bersih dan sanitasi				
Kurang baik	54 (54,54)	45 (45,46)	1,45	0,3613
Baik	14 (45,16)	17 (54,84)	(0,60-3,57)	
Ketahanan pangan				
Tidak	56 (58,33)	40 (41,67)	2,56	0,0208*
Tahan pangan	12 (35,29)	22 (64,71)	(1,06-6,35)	
Keragaman pangan				
Tidak	54 (62,11)	32 (37,89)	3,61	0,0005*
Beragam	14 (31,82)	30 (68,18)	(1,57-8,46)	
Pendidikan ibu				
Rendah	59 (52,31)	36 (47,69)	4,73	0,0002*
Tinggi	9 (25,71)	26 (74,29)	(1,86-12,68)	
Pendapatan keluarga				
Kurang	49 (62,82)	29 (37,18)	2,90	0,0033*
Sedang	19 (36,54)	33 (63,46)	(1,33-6,49)	

berhubungan signifikan dengan kejadian stunting yaitu akses fasilitas kesehatan serta akses air bersih dan sanitasi. Sementara variabel bebas yang berhubungan signifikan dengan kejadian stunting adalah ketahanan pangan, keragaman pangan, tingkat pendidikan ibu, dan pendapatan keluarga. Peluang ditemukan balita stunting pada keluarga dengan kategori tidak tahan pangan adalah 2,5 kali lebih besar dibandingkan dengan balita pada keluarga dengan kategori tahan pangan. Demikian juga anak dengan konsumsi pangan yang tidak beragam berpeluang 3,6 kali lebih besar mengalami stunting dibandingkan anak yang mengonsumsi pangan secara beragam. Lebih lanjut, anak dari ibu berpendidikan rendah dan berasal dari keluarga dengan pendapatan rendah berpeluang mengalami stunting 4,7 kali dan 2,9 kali lebih besar dibandingkan dengan anak dari ibu berpendidikan tinggi dan berasal dari keluarga dengan pendapatan sedang.

BAHASAN

Prevalensi stunting yang ditemukan di lokasi penelitian berada pada angka yang cukup mengkhawatirkan. Prevalensi stunting pada anak balita suku Lauje sangat tinggi, dari 130 anak balita usia 24-

59 bulan, sebesar 52,31% mengalami stunting. Hasil temuan pada penelitian ini berada di atas prevalensi stunting anak balita Kabupaten Parigi Moutong tahun 2019 yang diperoleh melalui hasil Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) yaitu sebesar 32,54%. Hasil temuan prevalensi stunting pada penelitian ini lebih dekat dengan hasil survei Riskesdas Kabupaten Parigi Moutong tahun 2013 yang berada pada angka 42,52% [7]. Data tersebut menggambarkan bahwa lokasi penelitian mempunyai masalah gizi balita yang sangat serius.

Akses fasilitas kesehatan tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan kejadian stunting pada anak balita suku Lauje di Kecamatan Palasa. Temuan ini serupa dengan penelitian sebelumnya [14] bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara akses fasilitas kesehatan dengan kejadian stunting pada balita usia 6-24 bulan di Kota Padang. Namun, hasil ini berbeda dengan studi lain [15] yang menemukan bahwa anak yang berasal dari keluarga dengan akses fasilitas kesehatan yang baik secara signifikan memiliki peluang yang lebih rendah untuk mengalami stunting. Ketiadaan perbedaan tersebut kemungkinan lebih terkait dengan karakteristik suku terasing yang pada umumnya bersifat sangat homogen sehingga sulit untuk menemukan perbedaan yang nyata pada kelompok suku tersebut.

Hasil penelitian juga menunjukkan hubungan yang tidak signifikan antara akses air bersih dan sanitasi dengan kejadian stunting pada balita suku Lauje yang sejalan dengan penelitian di Bangladesh [18]. Hasil ini berbeda dengan beberapa penelitian yang menemukan adanya hubungan yang signifikan antara akses air bersih dan sanitasi [19,20]. Anak yang dibesarkan dalam keluarga yang memiliki akses buruk pada air bersih dan sanitasi lebih sering mengalami penyakit infeksi yang merupakan prediktor langsung dari kejadian stunting [21]. Penjelasan untuk ketiadaan perbedaan ini mungkin juga terkait dengan kemiripan fasilitas yang bisa dijangkau oleh seluruh anggota suku ini.

Penelitian ini menemukan hubungan yang signifikan antara ketahanan pangan dan keragaman pangan dengan kejadian stunting. Temuan ini sejalan dengan penelitian di Ethiopia bahwa anak yang dibesarkan di lingkungan keluarga yang tidak tahan pangan memiliki risiko 6,7 kali lebih besar untuk mengalami stunting [22]. Anak yang berada pada keluarga yang tidak tahan pangan sangat berisiko mengalami malnutrisi jika tidak mendapatkan asupan gizi yang mencukupi untuk mendukung tumbuh kembangnya [23]. Demikian juga hasil penelitian sebelumnya yang melaporkan bahwa kejadian stunting pada balita berhubungan signifikan dengan konsumsi pangan yang tidak beragam [24]. Pada prinsipnya, tidak ada satu makanan yang mengandung seluruh zat gizi yang dibutuhkan tubuh. Oleh karena itu, semakin beragam dan berimbang komposisi makanan yang dikonsumsi, maka semakin baik pemenuhan asupan gizinya [25].

Hasil analisis bivariat juga menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu berhubungan signifikan dengan kejadian stunting pada balita. Peluang ditemukan balita stunting pada ibu berpendidikan rendah 4,7 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu berpendidikan tinggi. Hasil temuan ini didukung oleh studi di Etiopia bahwa anak yang dibesarkan oleh ibu yang memiliki pendidikan rendah, lebih rentan mengalami stunting dibandingkan dengan anak yang dibesarkan oleh ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi [13]. Latar belakang tingkat pendidikan ibu berpengaruh pada kemampuan ibu dalam melakukan penyiapan dan pemilihan makanan yang bergizi bagi anak karena ibu dengan pendidikan yang lebih tinggi biasanya terbuka untuk mencari informasi terkait asupan gizi dan metode pengasuhan terbaru [26].

Lebih lanjut, hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tingkat pendapatan keluarga berhubungan signifikan dengan kejadian stunting pada balita. Hasil beberapa penelitian juga menemukan hal yang sama yaitu pendapatan keluarga merupakan faktor yang berhubungan signifikan dengan kejadian stunting pada balita [12]. Keluarga yang memiliki pendapatan rendah biasanya akan mengutamakan alokasi pendapatan tersebut untuk memenuhi kebutuhan makan. Apabila semakin rendah alokasi pendapatan untuk membeli kebutuhan pangan, maka tingkat kesejahteraan keluarga tersebut biasanya semakin baik [27]. Keluarga dengan kemampuan sosial ekonomi yang rendah cenderung tidak mampu memenuhi makanan yang menunjang kebutuhan gizi yang sangat diperlukan untuk menopang masa pertumbuhan balita [28].

SIMPULAN DAN SARAN

Determinan sosial yang berhubungan dengan kejadian stunting pada anak suku Lauje di Kecamatan Palasa Kabupaten Parigi Moutong adalah ketahanan pangan keluarga, keragaman konsumsi pangan, riwayat pendidikan ibu, dan pendapatan keluarga. Penanganan stunting pada anak balita suku Lauje memerlukan pendekatan lintas sektor untuk memastikan intervensi sensitif dapat terlaksana dengan baik terutama yang berkaitan dengan sektor pendidikan, ekonomi, akses air bersih dan sanitasi, serta akses pangan bermutu dan beraneka ragam.

Pernyataan konflik kepentingan

Penulis menyatakan tidak ada konflik dalam penelitian ini.

RUJUKAN

1. Budiastutik I, Nugraheni A. Determinants of stunting in Indonesia: a review article. *Int J Heal Res.* 2018;1(1):43–9.
2. UNICEF. Levels and trends in child malnutrition, UNICEF / WHO / World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. *Midwifery.* 2018;12(3):154–5.
3. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: stunting policy brief. World Health Organization; 2014.
4. Indonesia Ministry of National Development Planning and United Nations Children's Fund (2019). *Achieving the SDGs*

- for Indonesia: emerging findings for reaching the targets. Jakarta: BAPPENAS and UNICEF.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset kesehatan dasar (RISKESDAS) 2013. Lap Nas 2013. 2013;1–384.
 6. Riskesdas. Hasil utama laporan riskesdas 2018. Jakarta: Kemenkes; 2018.
 7. Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K). Strategi nasional percepatan pencegahan anak kerdil. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia; 2018.
 8. Depdikbud. Sejarah Daerah Sulawesi Tengah. Jakarta: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan RI; 1984.
 9. Rosita, Rachman I, Alam AS. Kearifan masyarakat lokal Suku Lauje dalam pengelolaan hutan di Desa Bambasiang Kecamatan Palasa Kabupaten Parigi Moutong. *Warta Rimba*. 2017;5(1):80–6.
 10. Deshmukh PR, Sinha N, Dongre AR. Social determinants of stunting in rural area of Wardha, Central India. *Med J Armed Forces India*. 2013;69(3):213–7. doi: 10.1016/j.mjafi.2012.10.004
 11. Beal T, Tumilowicz A, Sutrisna A, Izwardy D, Neufeld LM. A review of child stunting determinants in Indonesia. *Matern Child Nutr*. 2018;14(4):e12617. doi: 10.1111/mcn.12617
 12. Vaivada T, Akseer N, Akseer S, Somaskandan A, Stefopoulos M, Bhutta ZA. Stunting in childhood: an overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline. *Am J Clin Nutr*. 2020;112(Suppl 2):777S–91S. doi: 10.1093/ajcn/nqaa159
 13. Takele K, Zewotir T, Ndanguza D. Understanding correlates of child stunting in Ethiopia using generalized linear mixed models. *BMC Public Health*. 2019;19(1):626. doi: 10.1186/s12889-019-6984-x
 14. Septio NP. Hubungan akses pelayanan kesehatan dan penambahan berat badan ibu selama kehamilan dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang. Padang: Universitas Andalas; 2015.
 15. Torlesse H, Cronin AA, Sebayang SK, Nandy R. Determinants of stunting in Indonesian children: Evidence from a cross-sectional survey indicate a prominent role for the water, sanitation and hygiene sector in stunting reduction. *BMC Public Health*. 2016;16:669. doi: 10.1186/s12889-016-3339-8
 16. Purwaningrum DN. Status ketahanan pangan, asupan makanan, dan aktivitas fisik sebagai faktor resiko terjadinya obesitas pada ibu rumah tangga miskin di Kota Yogyakarta [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2011.
 17. Food and Agriculture Organization (FAO). Guidelines for measuring household and individual dietary diversity, Fao. Rome, Italy: Nutrition and Consumer Protection Division, Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2010.
 18. Islam MM, Sanin KI, Mahfuz M, Ahmed AMS, Mondal D, Haque R, et al. Risk factors of stunting among children living in an urban slum of Bangladesh: findings of a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2018;18(1):197. doi: 10.1186/s12889-018-5101-x
 19. Rah JH, Cronin AA, Badgaiyan B, Aguayo V, Coates S, Ahmed S. Household sanitation and personal hygiene practices are associated with child stunting in rural India: a cross-sectional analysis of surveys. *BMJ Open*. 2015;5(2):e005180. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005180
 20. Vilcins D, Sly PD, Jagals P. Environmental risk factors associated with child stunting: a systematic review of the literature. *Ann Glob Heal*. 2018;84(4):551–62. doi: 10.9204/aogh.2361
 21. Kwami CS, Godfrey S, Gavilan H, Lakhampaul M, Parikh P. Water, sanitation, and hygiene: linkages with stunting in rural Ethiopia. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20):3793. doi: 10.3390/ijerph16203793
 22. Betebo B, Ejajo T, Alemseged F, Massa D. Household food insecurity and its association with nutritional status of children 6-59 months of age in East Badawacho District, South Ethiopia. *J Environ Public Health*. 2017;2017:6373595. doi: 10.1155/2017/6373595
 23. Gholampour T, Noroozi M, Zavoshy R, Mohammadpoorasl A, Ezzeddin N. Relationship between household food insecurity and growth disorders in children aged 3 to 6 in Qazvin City, Iran. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2020;23(5):447–56. doi: 10.5223/pghn.2020.23.5.447
 24. Widyaningsih NN, Anantanyu S. Keragaman pangan, pola asuh makan dan kejadian stunting pada balita usia 24-59 bulan. *Jurnal Gizi Indonesia*. 2018;7(1):22-29. doi: 10.14710/jgi.7.1.22-29
 25. Wantina M, Rahayu LS, Yuliana I. Keragaman konsumsi pangan sebagai faktor risiko stunting pada balita usia 6-24 bulan. *AGRIPA*. 2017;2(2):89–96.
 26. Sari DP, Fanny N, Kristiyadi R. Relationship between education of toddler mother and stunting events in Posyandu Arumdalu VIII Ngronggah Baru in 2019. *Proceeding of the 1st International Conference Health, Science And Technology (ICOHETECH)*; 16 November 2019; Surakarta.
 27. Arida A, Sofyan, Fadhiela K. Analisis ketahanan pangan rumah tangga berdasarkan proporsi pengeluaran pangan dan konsumsi energi (studi kasus pada rumah tangga petani peserta program desa mandiri pangan di Kecamatan Indrapuri Kabupaten Aceh Besar. *Agrisep*. 2015;16(1):20-4.
 28. Priyanti S, Syalfina AD. Social determinant of stunting among under five children. *Jurnal Kebidanan*. 2018;7(2):95. doi: 10.26714/jk.7.2.2018.95-102