

Dampak Depresi Parental Terhadap Kejadian Stunting di Indonesia

(THE EFFECT OF PARENTAL DEPRESSION ON STUNTING IN INDONESIA)

Ika Saptarini*, Anissa Rizkianti, dan Prisca Petty Arfines

Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI
Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat

*Email : dr.ikasaptarini@gmail.com

Submitted : 02-02-2020, Revised : 10-03-2020, Revised : 21-03-2020, Accepted : 31-03-2020

Abstract

Stunting conditions can cause cognitive damage in children. The risk of children experiencing chronic malnutrition, such as stunting, is increasing with the lack of care due to depression experienced by parents. This study aims to look at the effect of parental depression on the incidence of stunting in Indonesia. The data used is the Indonesia Family Life Survey (IFLS), which is a longitudinal survey with 83 percent representation of the entire population in Indonesia. The data used are IFLS4 and IFLS5, which are two survey waves, 2007/2008 and 2014/2015. The unit of analysis is children aged 0-59 months who live with parents and have complete information about height measurements, with a total sample of 2,224 children at IFLS4 and followed up to IFLS5. Depression information was obtained based on the 10-question Center for Epidemiological Studies Depression instrument (CESD-10) asked of parents. While stunting is assessed based on the results of measurements of height according to age in children. The control variables examined included the type of residence, maternal age at birth, maternal education, employment status, economic status, sanitation, maternal height, childbirth weight, child sex, and birth order. The effect of parental depression on the incidence of stunting was analyzed using panel logistic regression method with random effects. The results showed that maternal depression (OR 0.89; 95% CI: 0.65-1.24) and paternal depression (OR 0.87; 95% CI: 0.63-1.21) did not significantly influence the incidence of stunting. The likelihood of stunting is higher among children in rural areas, have inadequate sanitation, low birth weight, and are the third child. Further research is needed regarding parental depression with uniform instruments.

Keywords: paternal depression, maternal depression, stunting, malnutrition

Abstrak

Kondisi stunting dapat menyebabkan terjadinya kerusakan kognisi pada anak. Risiko anak mengalami malnutrisi kronis seperti stunting semakin meningkat dengan kurangnya pengasuhan akibat depresi yang dialami oleh orang tua. Penelitian ini bertujuan melihat pengaruh depresi parental terhadap kejadian stunting di Indonesia. Data yang digunakan adalah data *Indonesia Family Life Survey* (IFLS) yaitu survei longitudinal dengan keterwakilan 83 persen dari seluruh populasi di Indonesia. Data yang digunakan adalah IFLS4 dan IFLS5 yang merupakan dua *wave* survei pada tahun 2007/2008 dan 2014/2015. Unit analisis adalah anak usia 0-59 bulan yang tinggal bersama orangtua serta memiliki informasi lengkap tentang pengukuran tinggi badan dengan total sampel 2.224 anak pada IFLS4 dan diikuti sampai IFLS5. Informasi depresi diperoleh berdasarkan instrumen *Center for Epidemiological Studies Depression* versi 10 pertanyaan (CESD-10) yang ditanyakan kepada orangtua. Sedangkan stunting dinilai berdasarkan hasil pengukuran tinggi badan menurut umur pada anak. Variabel kontrol yang diteliti antara lain tipe daerah, usia ibu saat melahirkan, pendidikan ibu, status pekerjaan, status ekonomi, sanitasi, tinggi ibu, berat lahir anak, jenis kelamin anak dan urutan kelahiran anak. Pengaruh depresi parental terhadap kejadian stunting dianalisis menggunakan metode regresi logistik panel dengan efek random. Hasil penelitian menunjukkan depresi maternal (OR 0,89; 95% CI: 0,65-1,24) dan paternal (OR 0,87; 95% CI: 0,63-1,21) tidak berpengaruh secara bermakna terhadap kejadian stunting. Peluang terjadinya stunting lebih tinggi pada anak di perdesaan, memiliki sanitasi yang tidak layak, berat badan lahir rendah dan merupakan anak ketiga. Perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai depresi parental dengan instrumen yang seragam.

Kata kunci: depresi paternal, depresi maternal, stunting, malnutrisi

PENDAHULUAN

Pertumbuhan linear merupakan indikator kesejahteraan anak yang baik dimana hal ini juga menunjukkan status gizi pada masa lampau. Ukuran yang sering digunakan untuk menilai pertumbuhan linear adalah tinggi atau panjang badan menurut umur. Namun, jutaan anak di dunia gagal mencapai potensi pertumbuhan linier karena kondisi kesehatan yang kurang optimal serta gizi dan perawatan yang tidak memadai. Hal ini menyebabkan anak mengalami stunting. Stunting mengindikasikan kegagalan dalam mencapai tinggi optimal menurut potensi genetik yang dimiliki. Diperkirakan sebanyak 155 juta anak di seluruh dunia menderita stunting.¹ Stunting juga masih menjadi permasalahan di Indonesia. Riskesdas 2018 menemukan bahwa kurang lebih sepertiga balita di Indonesia menderita stunting. Angka ini tidak terlalu berbeda dari hasil survei sebelumnya sebesar 37,2%.^{2,3} Adanya masalah gizi kronis seperti stunting dapat mengakibatkan kerusakan kognisi yang tidak dapat dipulihkan.⁴ Stunting sering tidak dikenali di komunitas di mana perawatan pendek begitu umum sehingga dianggap normal. Kesulitan dalam mengidentifikasi secara visual dan kurangnya penilaian rutin pertumbuhan pada fasilitas pelayanan kesehatan menjelaskan mengapa memerlukan waktu untuk mengetahui besaran masalah stunting.⁵ Namun, saat ini stunting telah menjadi salah satu prioritas kesehatan global. *World Health Organization* (WHO) menargetkan penurunan 40% balita stunting pada tahun 2025.⁶ Penurunan stunting juga tercantum dalam target kedua *Sustainable Development Goal's* (SDG's).

Depresi merupakan gangguan mental yang pada umumnya terjadi pada usia produktif. Pengasuhan merupakan salah satu risiko terjadinya depresi. Depresi pada ayah dan ibu (depresi parental) memberikan pengaruh negatif bagi tumbuh kembang anak. Anak dari orang tua yang mengalami depresi berisiko memiliki kedekatan dengan orang tua yang kurang baik, kemampuan kognisi rendah, gangguan perilaku dan interpersonal.^{7,8} Depresi parental juga meningkatkan risiko terjadinya malnutrisi pada anak. Dampak depresi orang tua terhadap pertumbuhan anak ini akan lebih dirasakan oleh

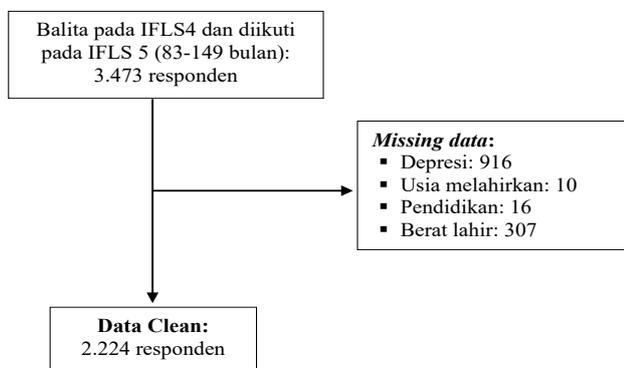
anak-anak di negara berkembang dibandingkan negara maju.⁹⁻¹¹ Depresi juga salah satu penyakit yang mengalami tingkat kekambuhan tinggi namun sering tidak terdiagnosis dengan baik dan akhirnya tidak mendapatkan pengobatan atau terapi yang baik pula.¹² Depresi parental meliputi depresi pada ibu (depresi maternal) dan pada ayah (depresi paternal). Pengaruh depresi maternal terhadap kesehatan anak telah banyak diteliti. Sebaliknya, penelitian mengenai depresi paternal masih terbatas termasuk di Indonesia. Prevalensi depresi khususnya depresi paternal juga jauh lebih sedikit diketahui pada negara berkembang dibanding negara maju. Meskipun perkiraan kejadian depresi paternal di tahun pertama pasca persalinan lebih rendah dibanding depresi maternal dimana hanya berkisar dari 1,2 hingga 25,5%.¹³ Pengaruh depresi pada ayah terhadap tumbuh anak juga kurang mendapat perhatian.¹⁴ Meskipun demikian, depresi paternal juga dapat memberikan risiko negatif terhadap tumbuh kembang anak. Anak dengan ayah depresi lebih berisiko mengalami gangguan emosi dan tingkah laku.¹⁵ Penelitian oleh Henninger dan Luze juga menemukan bahwa depresi parental termasuk depresi paternal berpengaruh negatif terhadap pertumbuhan anak.¹⁶ Penelitian ini bertujuan melihat pengaruh depresi parental terhadap kejadian stunting di Indonesia.

BAHAN DAN METODE

Sumber data dan unit analisis

Penelitian ini menggunakan data dari *Indonesia Family Life Survey* (IFLS). IFLS merupakan survei longitudinal dengan skala besar yang mewakili sekitar 83% dari seluruh populasi Indonesia. IFLS menyediakan data mengenai aspek sosial demografi termasuk juga kondisi kesehatan individu yang akan menjadi fokus dalam penelitian ini. Survei ini dilakukan oleh sebuah badan penelitian Amerika Serikat yaitu *RAND (Research and Development) Corporation* dan bekerjasama dengan institusi lain. IFLS1 pada tahun 1993/94 dan IFLS2 pada tahun 1997 dilakukan oleh RAND bekerja sama dengan Lembaga Demografi, Universitas Indonesia. IFLS3 pada tahun 2000 dilakukan oleh RAND bekerja sama dengan Pusat Penelitian Kependudukan, Universitas Gadjah Mada.

Sedangkan IFLS4 pada 2007/2008 dan IFLS5 pada tahun 2014/15 dilakukan oleh RAND, Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada dan Survey METER.¹⁷ IFLS4 dan IFLS5 juga mengumpulkan informasi mengenai gejala depresi yang diukur pada responden berusia 15 tahun ke atas. Unit analisis penelitian ini adalah anak berusia 0-59 bulan pada tahun 2007, tinggal bersama orang tua mereka serta memiliki informasi lengkap tentang pengukuran tinggi badan. Anak dari ibu yang menjadi sampel namun tidak berusia balita akan dikeluarkan dari analisis. Kemudian unit analisis ini diikuti dalam dua *wave* berbeda yaitu pada IFLS4 dan IFLS5. Sehingga pada saat IFLS5 umur anak antara 83-149 bulan (6-12 tahun). Hal ini disebabkan pengumpulan data IFLS4 berlangsung mulai November 2007 sampai dengan Mei 2008. Sedangkan pengumpulan data IFLS5 berlangsung dari Oktober 2014 sampai dengan Agustus 2015. Terdapat 3.473 anak berusia 0-59 bulan tinggal bersama ibu pada IFLS4. Setelah proses *data cleaning* dilakukan, dan mengeluarkan responden dengan variabel *missing* atau tidak terisi maka didapatkan responden sebanyak 2.224.



Gambar 1. Proses Data Cleaning dan Jumlah Sampel

Antropometri

Stunting diukur berdasarkan tinggi badan menurut umur. WHO Anthro dan WHO AnthroPlus digunakan untuk menghitung *z-score* tinggi badan menurut umur. *Z-score* tinggi badan menurut umur (*height for age*) diperoleh dengan membandingkan tinggi anak-anak yang diteliti dengan tinggi anak-anak pada usia dan jenis kelamin yang sama menurut standar pertumbuhan

anak WHO. Anak dikategorikan stunting jika memiliki *z-score* kurang dari -2 standar deviasi (SD). Sedangkan anak dikategorikan memiliki tinggi normal jika memiliki *z-score* -2 SD atau lebih.

Depresi parental

IFLS mengumpulkan informasi mengenai depresi menggunakan instrumen *Center for Epidemiological Studies Depression* versi 10 pertanyaan (CESD-10). Instrumen ini ditanyakan kepada anggota keluarga berumur 15 tahun ke atas. Pertanyaan dalam CESD-10 terbagi menjadi tiga kelompok yaitu kelompok-kelompok pertanyaan mengenai *mood depressive* (pertanyaan C, F dan J), afeksi positif (pertanyaan E dan H) serta gejala somatis (pertanyaan A, B, D, G dan I). CESD-10 memiliki empat respon yang bernilai antara 0 (gejala kurang dari sehari), 1 (1-2 hari), 2 (3-4 hari) dan 3 (5-7 hari) yang mengukur gejala depresi selama seminggu terakhir. Pertanyaan mengenai afeksi positif bernilai terbalik. CESD-10 telah banyak digunakan untuk menilai adanya gejala depresi pada penelitian epidemiologi berbasis masyarakat. Pertanyaan pada instrumen CESD-10 tidak sepenuhnya berdasar kriteria DSM edisi ke 4 (DSM-IV). Kriteria DSM-IV mengenai kelelahan dan membahayakan diri tidak tercakup dalam CESD-10. Namun demikian, uji validitas terhadap DSM-IV memberikan nilai reliabilitas dan sensitivitas yang baik dalam menilai depresi pada orang dewasa. Validasi oleh Tran dkk. di Jakarta juga menyimpulkan bahwa CESD merupakan alat yang berguna dalam skrining depresi di masyarakat.¹⁸ Total skor CESD-10 diperoleh dengan menjumlahkan nilai 10 pertanyaan yang ada. Untuk keperluan penelitian epidemiologi penjumlahan total sederhana direkomendasikan untuk mengukur tingkat gejala depresi.¹⁹ Andresen juga merekomendasikan *cutoff* 10 untuk skrining ada tidaknya gejala depresi. Nilai total CESD-10 sepuluh atau lebih dikategorikan mengalami depresi, sedangkan nilai total kurang dari sepuluh dikategorikan tidak mengalami depresi. Depresi parental dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu depresi paternal dan depresi maternal. Tiap variabel dikategorikan menjadi dua; mengalami depresi dan tidak depresi.

Faktor sosio demografi dan *potential confounder*

Penelitian ini juga menggunakan beberapa variabel kontrol untuk melihat pengaruh depresi parental terhadap kejadian stunting. Variabel kontrol tersebut adalah tipe daerah, usia ibu saat melahirkan, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, status ekonomi, sanitasi, tinggi ibu, berat lahir anak, jenis kelamin anak dan urutan kelahiran anak. Pendidikan dibagi menjadi tiga kategori rendah (tamat SD kebawah), menengah (SMP), tinggi (SMA ke atas). Penyusunan variabel status ekonomi didasarkan atas pengeluaran rumah tangga dan dibagi menjadi lima kelompok dari terbawah sampai dengan teratas. Sanitasi dibagi menjadi dua kategori yaitu sanitasi layak dan tidak layak. Variabel sanitasi menggunakan data penggunaan jamban rumah tangga. Sanitasi dikategorikan layak jika memiliki jamban sendiri dengan *septic tank*.²⁰ Tinggi ibu dikategorikan pendek jika ibu memiliki tinggi kurang dari 150,1cm.²¹ Anak dikategorikan memiliki berat badan lahir rendah jika berat lahir kurang dari 2.500 gram.

Analisis data

Pengolahan data dilakukan menggunakan bantuan piranti lunak Stata 15.1 SE. Data dianalisis menggunakan dua metode yaitu analisis deskriptif dan analisis inferensial. Analisis deskriptif dilakukan untuk mengetahui gambaran umum variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian ini. Analisis inferensial dilakukan untuk mengetahui bagaimana pengaruh depresi parental terhadap kejadian stunting setelah dikontrol menggunakan variabel-variabel konfounder. Regresi logistik panel dengan efek *random* dilakukan untuk mengestimasi pengaruh depresi maternal dan depresi paternal terhadap kejadian stunting. Analisis data menggunakan regresi logistik data panel dipilih karena data yang digunakan adalah data panel dengan struktur *balance*. Kelebihan dari penggunaan data panel salah satunya adalah dapat memberikan data yang lebih informatif dalam mendeteksi dan mengukur efek yang tidak dapat diamati dalam data *cross section* dan *time series*. Efek *random* dipilih setelah melakukan uji hausman dan uji chow. Variabel dengan nilai

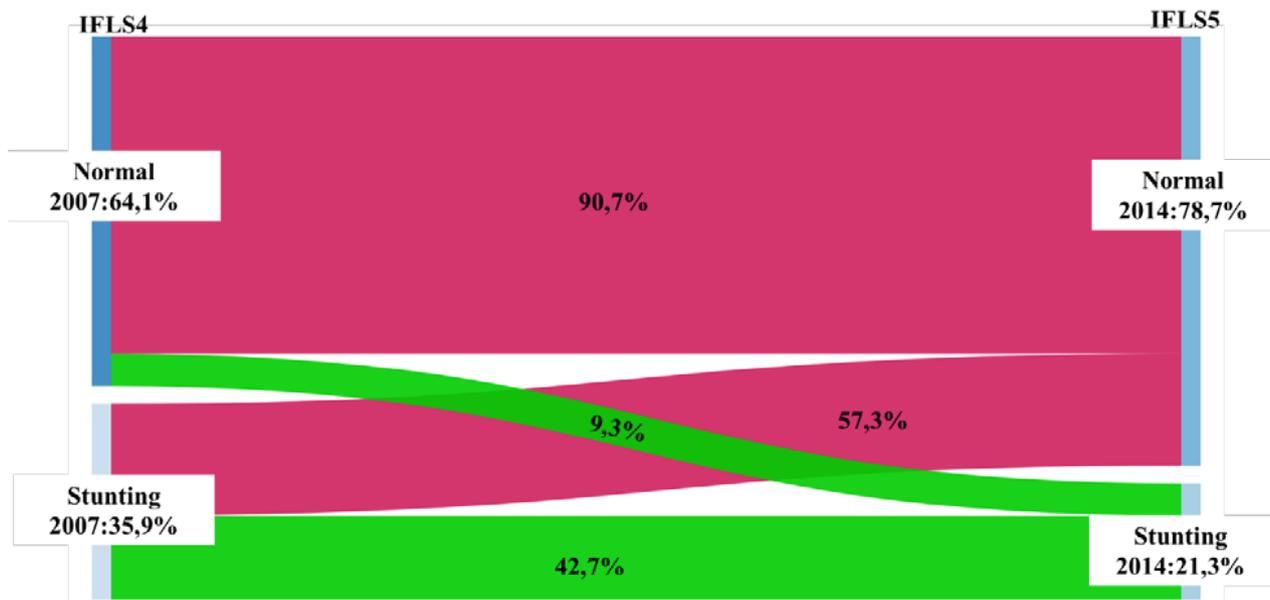
$p < 0,05$ dianggap memiliki pengaruh bermakna secara statistik.

HASIL

Rata-rata umur ibu saat melahirkan pada penelitian ini adalah 27,4 tahun ($\pm 5,9$) dan rata-rata umur anak pada tahun 2007 adalah 28,7 bulan ($\pm 17,3$). Sedangkan rata-rata umur anak pada saat 2014 adalah 111,3 ($\pm 17,4$). Rata-rata anak mendapatkan air susu ibu selama 15,7 bulan ($\pm 10,1$). Hasil analisis data IFLS4 menunjukkan bahwa proporsi depresi maternal pada ibu dengan balita sebesar 5,5% sedangkan depresi paternal pada ayah dengan balita sebesar 5,4%. Sedangkan pada saat anak berusia 83-149 bulan (IFLS5) proporsi depresi maternal sebesar 21,3% dan proporsi depresi paternal sebesar 19,7%.

Struktur data *balance panel* pada penelitian ini memberikan keuntungan karena dapat mengamati transisi status gizi. Berdasarkan Gambar 2, diantara 798 anak yang menderita stunting pada saat balita, 457 (57,3%) menjadi normal pada usia 83-149 bulan dan 341 (42,7%) masih tetap stunting pada usia 83-149 bulan. Dari 1.426 anak yang memiliki tinggi menurut umur normal pada usia balita, 133 (9,3%) menjadi stunting pada usia 83-149 bulan dan 1.293 (90,7%) tetap memiliki tinggi badan menurut umur normal pada usia 83-149 bulan. Gambar 2 juga menunjukkan bahwa anak-anak yang mengalami stunting dalam masa usia 83-149 bulan sebagian besar berasal dari anak-anak yang stunting pada usia balita.

Tabel 1 menunjukkan proporsi stunting berdasarkan karakteristik responden. Proporsi balita stunting (tahun 2007) sebesar 35,9%. Sedangkan proporsi stunting pada anak usia 83-149 bulan sebesar 21,3%. Penelitian ini menemukan bahwa proporsi balita stunting lebih tinggi pada ayah tanpa depresi (36,2%) dan ibu tanpa depresi (36,1%). Sedangkan pada tahun 2014 ketika anak berumur 83-149 bulan, proporsi stunting lebih tinggi pada ayah yang mengalami depresi (23,5%) dan ibu tanpa depresi (21,5%). Selain itu proporsi stunting lebih tinggi pada anak yang tinggal di perdesaan, anak dari ibu yang melahirkan pada usia kurang dari 20 tahun, sanitasi tidak layak, anak dengan ibu pendek dan BBLR.



Gambar 2. Diagram Sankey Transisi Status Gizi Anak

Tabel 1. Proporsi Stunting Menurut Karakteristik Responden dan Tahun

Karakteristik	IFLS4				IFLS5			
	Stunting		Normal		Stunting		Normal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresi paternal								
Tidak	761	36,2	1.343	63,8	371	20,8	1.414	79,2
Ya	37	30,8	83	69,2	103	23,5	336	76,5
Depresi maternal								
Tidak	758	36,1	1344	63,9	374	21,5	1.369	78,5
Ya	40	32,8	82	67,2	100	20,8	381	79,2
Tipe daerah								
Perdesaan	432	41,9	600	58,1	240	28,4	606	71,6
Perkotaan	366	30,7	826	69,3	234	17	1.144	83
Usia melahirkan								
< 20 tahun	75	43,4	98	56,6	47	27,2	126	72,8
20-35 tahun	649	35,6	1.172	64,4	391	21,5	1.430	78,5
>35 tahun	74	32,2	156	67,8	36	15,7	194	84,3
Pendidikan ibu								
Rendah	327	43	434	57	203	26,7	558	73,3
Menengah	209	36,3	366	63,7	120	20,9	455	79,1
Tinggi	262	29,5	626	70,5	151	17	737	83
Status pekerjaan ibu								
Tidak bekerja	539	36,7	930	63,3	269	21,3	993	78,7
Bekerja	259	34,3	496	65,7	205	21,3	757	78,7
Status ekonomi								
Terbawah	160	39,1	249	60,9	132	30,5	301	69,5
Menengah bawah	177	42,1	243	57,9	110	24,9	332	75,1
Menengah	167	35,7	301	64,3	81	18,2	365	81,8
Menengah atas	157	33,3	314	66,7	87	19,2	365	80,8
Tearatas	137	30	319	70	64	14,2	387	85,8

Sanitasi								
Layak	476	31,9	1.016	68,1	329	18,8	1.420	81,2
Tidak layak	322	44	410	56	145	30,5	330	69,5
Tinggi ibu								
Pendek	382	45,4	460	54,6	200	14,5	1.182	85,5
Normal	416	30,1	966	69,9	274	32,5	568	67,5
Berat lahir								
Normal	712	34,3	1.365	65,7	423	20,4	1.654	79,6
BBLR	86	58,5	61	41,5	51	34,7	96	65,3
Jenis kelamin anak								
Laki-laki	448	37,8	738	62,2	260	21,9	926	78,1
Perempuan	350	33,7	688	66,3	214	20,6	824	79,4
Urutan anak								
Pertama	322	34,1	623	65,9	189	20	756	80
Kedua	236	35	439	65	146	21,6	529	78,4
Ketiga atau lebih	240	39,7	364	60,3	139	23	465	77
TOTAL	798	35,9	1.426	64,1	474	21,3	1.750	78,7

Catatan: tahun 2007 anak berusia 0-59 bulan dan pada tahun 2014 anak berusia 83-149 bulan

Tabel 2. Model Final Pengaruh Depresi Parental terhadap Kejadian Stunting

Karakteristik	AOR	95% CI	
		Lower	Upper
Gejala Depresi paternal			
Tidak	1,00		
Ya	0,87	0,63	1,21
Gejala Depresi maternal			
Tidak	1,00		
Ya	0,89	0,65	1,24
Tipe daerah			
Perdesaan	1,71**	1,33	2,19
Perkotaan	1,00		
Usia melahirkan			
< 20 tahun	1,58	0,97	2,58
20-35 tahun	1,00		
>35 tahun	0,48**	0,31	0,76
Pendidikan ibu			
Rendah	1,42*	1,03	1,96
Menengah	1,09	0,78	1,51
Tinggi	1,00		
Status pekerjaan ibu			
Tidak bekerja	1,00		
Bekerja	1,02	0,82	1,28
Durasi menyusui (bulan)	1,04**	1,03	1,05
Status ekonomi			
Terbawah	1,39	0,97	2,00
Menengah bawah	1,38	0,98	1,95
Menengah	0,96	0,68	1,34
Menengah atas	0,99	0,71	1,38

Tearatas	1,00		
Sanitasi			
Layak	1,00		
Tidak layak	1,36*	1,06	1,74
Tinggi ibu			
Pendek	3,17**	2,44	4,13
Normal	1,00		
Umur anak (tahun)	0,86**	0,83	0,88
Berat lahir bayi			
Normal	1,00		
BBLR	4,11**	2,53	6,68
Urutan anak			
Pertama	1,00		
Kedua	1,21	0,88	1,65
Ketiga atau lebih	1,49**	1,05	2,12
Jenis kelamin anak			
Laki-laki	1,31*	1,02	1,68
Perempuan	1,00		

Tabel 2 menunjukkan hasil analisis regresi logistik panel dengan efek *random*. Penelitian ini menemukan bahwa baik depresi maternal (OR 0,89; 95% CI: 0,65-1,24) dan depresi paternal (OR 0,87; 95% CI: 0,63-1,21) tidak memiliki pengaruh yang bermakna secara statistik terhadap kejadian stunting. Lebih lanjut penelitian ini juga menemukan bahwa peluang stunting lebih tinggi pada anak yang tinggal di perdesaan dibanding perkotaan. Sanitasi tidak layak, berat badan lahir rendah, urutan anak ketiga atau lebih juga merupakan faktor risiko terjadinya stunting. Sedangkan faktor ibu yang menjadi risiko terjadinya stunting adalah memiliki tinggi pendek dan memiliki tingkat pendidikan rendah.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menemukan bahwa depresi baik paternal maupun maternal tidak memiliki pengaruh yang bermakna dengan kejadian stunting. Kemungkinan penjelasan terkait hal ini adalah kesehatan mental ibu atau ayah bukan merupakan satu-satunya faktor yang memengaruhi perilaku dalam pengasuhan anak. Hasil ini senada dengan penelitian di Ghana yang menganalisis praktik pemberian makan anak sebagai variabel perantara antara depresi maternal dengan status gizi anak yang menemukan tidak ada hubungan signifikan setelah dikontrol

menggunakan variabel sosio-demografi dan karakteristik anak. Di dalam keluarga Ghana, terutama di daerah perdesaan, hampir seluruh anggota rumah tangga dewasa berperan dalam pengasuhan serta pemberian makan anak. Hal ini menyebabkan lemahnya hubungan antara kesehatan mental orang tua dengan indikator status gizi anak.⁴ Hal serupa juga didapatkan oleh Ertel dkk. yang menemukan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara depresi maternal dan tinggi badan anak menurut umur setelah dikontrol menggunakan karakteristik maternal dan anak.²²

Indonesia merupakan salah satu negara yang masih banyak terdiri dengan struktur keluarga besar (*extended family*). Anggota keluarga lain juga memiliki kecenderungan turut dalam pengasuhan dan berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak. Menurut studi di Sao Paulo pada tahun 2015, kemungkinan dampak dari depresi pada orang tua dapat bervariasi bergantung pada waktu, persistensi dan intensitasnya. Dukungan keluarga juga memiliki pengaruh, dimana anak dengan orang tua yang mengalami depresi, akan mendapat dukungan lebih besar dari anggota keluarga lain. Hal ini yang menyebabkan kemungkinan lemahnya pengaruh depresi maternal terhadap status gizi anak. Penelitian ini menekankan perlunya penelitian lebih lanjut untuk menjawab hubungan

yang tidak bermakna, dimana literatur sebagian besar menyatakan hubungan bermakna.²³

Penelitian ini juga menemukan bahwa proporsi depresi maternal lebih tinggi dibanding depresi paternal baik pada saat anak berumur balita maupun 6-12 tahun. Penelitian di Inggris yang menemukan bahwa proporsi depresi maternal sebesar sepuluh persen dan depresi paternal sebesar empat persen pada saat anak berumur 42 bulan.²⁴ Selain itu penelitian oleh Letourneau dkk. juga menemukan bahwa depresi maternal lebih tinggi (19%) dibanding depresi paternal (11%).²⁵ Penelitian potong lintang di Italia juga menemukan bahwa pada saat kunjungan pertama di klinik pediatrik proporsi depresi maternal sebesar 21% sedangkan proporsi depresi paternal hanya sebesar tiga persen. Hal ini dapat disebabkan karena perempuan lebih rentan terhadap gangguan mental. Masa kehamilan, persalinan dan pasca persalinan membutuhkan perubahan dan adaptasi dalam peran sosial dan konsep diri. Proses ini dapat menimbulkan berbagai reaksi emosional yang dapat berdampak negatif pada kesehatan mental ibu termasuk timbulnya gejala depresi, Perawatan anak yang membutuhkan banyak waktu dan tenaga juga dapat menyebabkan munculnya gejala depresi maternal.²⁶

Struktur data pada penelitian ini mampu untuk mengetahui dinamika atau perubahan status gizi pada anak selama dua titik pengamatan. Penelitian ini menemukan bahwa terdapat penurunan proporsi stunting selama kurang lebih tujuh tahun pengamatan dari tahun 2007/2008 ke tahun 2014/2015. Hal ini menunjukkan bahwa stunting mampu diperbaiki (*reversible*). Proporsi stunting menurun dari 35,9% pada usia di bawah lima tahun menjadi 21,3% pada usia 6-12 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian longitudinal di Etiopia oleh Outes dan Porter, Outes dan Porter menemukan bahwa terjadi peningkatan rata-rata *z-score* tinggi badan menurut umur pada anak usia 7-8 tahun dibanding ketika mereka berumur balita. Meskipun demikian, penelitian ini menemukan bahwa dari anak yang stunting pada usia balita, tujuh tahun kemudian masih terdapat 43% yang tetap stunting. Meskipun mampu diperbaiki, penanganan stunting akan lebih optimal jika dilakukan secara dini. Desmond dan Casale juga menyarankan bahwa anak-anak yang

terhambat pada masa kanak-kanak masih dapat diperbaiki melalui intervensi awal.²⁷ Selain itu, terdapat sembilan persen anak yang normal pada saat balita namun mengalami stunting pada usia 6-12 tahun.

Penelitian ini juga memiliki beberapa keterbatasan penelitian. Pertama, IFLS4 dan IFLS5 memiliki rentang kurang lebih selama tujuh tahun. Rentang waktu yang cukup lama ini membuat beberapa faktor tidak bisa dikontrol. Selain itu, penelitian ini juga tidak melihat faktor prenatal seperti kondisi kehamilan ibu karena keterbatasan data. Adanya instrumen yang beragam dalam mengukur depresi juga menjadi permasalahan dalam membandingkan antar penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.

KESIMPULAN

Depresi paternal maupun depresi maternal tidak berpengaruh secara bermakna terhadap kejadian stunting di Indonesia. Meskipun beberapa penelitian telah menemukan pengaruh jangka panjang depresi maternal dan paternal pada perkembangan fisik anak, tidak ada bukti konklusif yang menjelaskan hubungan antara depresi pada orang tua dengan stunting.

PERSETUJUAN ETIK

Penelitian ini menggunakan data Indonesia Family Life Survey yang dilakukan oleh RAND Corporation, Data ini dapat diakses melalui <http://www.rand.org/labor/FLS/IFLS.htm>. IFLS telah mendapatkan persetujuan etik dari komisi etik RAND di Amerika Serikat dan Universitas Gajah Mada (UGM) di Indonesia.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah membantu penulisan artikel ini. Terimakasih kepada Dr.dr. Sri Idaiani, Sp.KJ, Dr.dr. Teti Tejayanti, MKM dan dr. Lina R Mangawean, Sp.KJ yang telah memberikan masukan secara substansi. Kepada Suparmi, SKM, MKM, Iram Barida Maisya, SKM, MKM atas bimbingannya kepada penulis. Terimakasih kami ucapkan juga kepada Dina Rizkiani, ST,

M.E.K.K dan M. Fajar Rakhmadi, SE, ME atas masukannya dalam hal analisis.

DAFTAR RUJUKAN

1. Schneider EB. Stunting: past, present, future. In: 'Child Growth: The Long View. Department of Economic History. London: School of Economics and Political Science; 2018.
2. Kementerian Kesehatan RI. Laporan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
3. Kementerian Kesehatan RI. Hasil Riskesdas 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2018.
4. Wemakor A, Iddrisu H. Maternal depression does not affect complementary feeding indicators or stunting status of young children (6-23 months) in Northern Ghana. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):1–6. doi: 10.1186/s13104-018-3528-x.
5. de Onis M, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. *Matern Child Nutr*. 2016;12:12–26. doi: 10.1111/mcn.12231.
6. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: Stunting policy brief. Geneva: World Health Organization; 2014.
7. Righetti-Veltema M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12(2):75–83. doi: 10.1007/s00787-003-0311-9.
8. Drury SS, Scaramella L, Zeanah CH. The neurobiological impact of postpartum maternal depression: prevention and intervention approaches. *Child Adolesc Psychiatr Clin*. 2016;25(2):179–200. doi: 10.1016/j.chc.2015.11.001.
9. Avan B, Richter LM, Ramchandani PG, Norris SA, Stein A. Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Arch Dis Child*. 2010;95(9):690–5. doi: 10.1136/adc.2009.164848.
10. Grote V, Vik T, von Kries R, Luque V, Socha J, Verduci E, et al. Maternal postnatal depression and child growth: a European cohort study. *BMC Pediatr*. 2010;10(1):14. doi: 10.1186/1471-2431-10-14.
11. Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach M, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low-and middle-income countries. *Br Med Bull*. 2012;101(1):57–9. doi: 10.1093/bmb/ldr047.
12. Letourneau N, Salmani M, Duffett-Leger L. Maternal depressive symptoms and parenting of children from birth to 12 years. *West J Nurs Res*. 2010;32(5):662–85. doi: 10.1177/0193945909359409.
13. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):26–35. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x.
14. Hanington L, Ramchandani P, Stein A. Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behav Dev*. 2010;33(1):88–95. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.11.004.
15. Underwood L, Waldie K. The effect of paternal depression on depressive symptoms in adolescent offspring. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(12):889–90. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30432-7.
16. Henninger IV WR, Luze GJ. Differences in parental perceptions of the socio-emotional development of underweight, overweight, and typically weighted children in a low-income sample. *J Child Heal Care*. 2010;14(3):250–60. doi: 10.1177/1367493510370221.
17. Strauss J, Witoelar F, Sikoki B. The fifth wave of the Indonesia Family Life Survey: overview and field report. RAND: Santa Monica, CA, USA. 2016.
18. Tran TD, Kaligis F, Wiguna T, Willenberg L, Nguyen HTM, Luchters S, et al. Screening for depressive and anxiety disorders among adolescents in Indonesia: Formal validation of the centre for epidemiologic studies depression scale-revised and the Kessler psychological distress scale. *J Affect Disord*. 2019;246:189–94. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.042.
19. Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: Evaluation of a short form of the CES-D. *Am J Prev Med*. 1994;10(2):77–84. doi: 10.1016/S0749-3797(18)30622-6.

20. Rizkiani D, Wisana IDGK. Too Short For Their Age: The Impact of Individual and Household Consumption Pattern to The Children's Nutritional Status.
21. Addo OY, Stein AD, Fall CH, Gigante DP, Guntupalli AM, Horta BL, et al. Maternal Height and Child Growth Patterns. *J Pediatr.* 2013;163(2):549-554.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.02.002.
22. Ertel KA, Koenen KC, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Maternal depressive symptoms not associated with reduced height in young children in a US prospective cohort study. *PLoS One.* 2010;5(10):e13656. doi: 10.1371/journal.pone.0013656.
23. Brentani A, Fink G. Maternal depression and child development: Evidence from São Paulo's Western Region Cohort Study. *Rev Assoc Med Bras.* 2016;62(6):524-9. doi: 10.1590/1806-9282.62.06.524.
24. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG, Team AS. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet.* 2005;365(9478):2201-5. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66778-5.
25. Letourneau N, Leung B, Ntanda H, Dewey D, Deane AJ, Giesbrecht GF. Maternal and paternal perinatal depressive symptoms associate with 2-and 3-year-old children's behaviour: findings from the APrON longitudinal study. *BMC Pediatr.* 2019;19(1):435. doi: 10.1186/s12887-019-1775-1.
26. Epifanio MS, Genna V, De Luca C, Roccella M, La Grutta S. Paternal and maternal transition to parenthood: the risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatr Rep.* 2015;7(2):5872. doi: 10.4081/pr.2015.5872.
27. Desmond C, Casale D. Catch-up growth in stunted children: Definitions and predictors. *PLoS One.* 2017;12(12):e0189135. doi: 10.1371/journal.pone.0189135.