

TESIS

HUBUNGAN PEMBERIAN MAKAN BAYI DAN ANAK (PMBA) DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA 6-24 BULAN DI PUSKESMAS PEGAYUT



OLEH :

NAMA : DWI ANANDA PUTRI

NIM : 10012682226038

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT (S2)

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS SRIWIJAYA

2025

TESIS

HUBUNGAN PEMBERIAN MAKAN BAYI DAN ANAK (PMBA) DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA 6-24 BULAN DI PUSKESMAS PEGAYUT

Diajukan Sebagai Syarat untuk Mendapatkan Gelar (S2)
Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya



OLEH :

NAMA : DWI ANANDA PUTRI

NIM : 10012682226038

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT (S2)
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA**

2025

HALAMAN PENGESAHAN

HUBUNGAN PEMBERIAN MAKANAN BAYI DAN ANAK (PMBA) DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA 6-24 BULAN DI PUSKESMAS PEGAYUT

TESIS

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar (S2)
Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya

Oleh:
Dwi Ananda Putri
10012682226038

Palembang, Juli 2025

Pembimbing I



Dr. Anita Rahmiwati, SP., M.Si
NIP. 198305242010122002

Pembimbing II



Prof. Dr. Rico Januar Sitorus, S.K.M., M.Kes (Epid)
NIP. 197109271994032004

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya



Prof. Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M
NIP. 197606092002122001

HALAMAN PERSETUJUAN

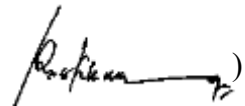
Karya tulis ilmiah berupa Tesis dengan judul "Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut" telah dipertahankan di hadapan Panitia Sidang Ujian Tesis Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya pada tanggal 10 Juli 2025 dan telah diperbaiki, diperiksa serta disetujui sesuai dengan masukan Panitia Sidang Ujian Tesis Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.

Palembang, Juli 2025

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah berupa Tesis

Ketua :

1. Prof. Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes
NIP. 197109271994032004

()

Anggota :

1. Dr. Anita Rahmiwati, SP., M.Si
NIP. 198305242010122002
2. Prof. Dr. Rico Januar Sitorus, S.K.M., M.Kes
NIP. 198101212003121002
3. Dr. Yuli Hartati, S.Pd, M.Si
NIP. 196807161988032001
4. Dr. Nur Alam Fajar, S.Sos., M.Kes., AIFO
NIP. 196901241993031003

()

()

()

()

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M
NIP. 197606092002122001

**Koordinator Program Studi
S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat,**


Prof. Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes
NIP. 197109271994032004

HALAMAN PERNYATAAN INTEGRITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dwi Ananda Putri

NIM : 10012682226038

Judul Tesis : Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan
Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut

Menyatakan bahwa laporan Tesis saya merupakan hasil karya sendiri didampingi tim pembimbing dan bukan hasil penjiplakan/plagiat. Apabila ditemukan unsur penjiplakan/plagiat dalam tesis ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dari Universitas Sriwijaya sesuai aturan yang berlaku.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun.



Palembang, Juli 2025



Dwi Ananda Putri
NIM. 10012682226038

HALAMAN PERNYATAAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dwi Ananda Putri

NIM : 10012682226038

Judul Tesis : Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut

Memberikan izin kepada Pembimbing dan Universitas Sriwijaya untuk mempublikasikan penelitian saya untuk kepentingan akademik apabila dalam waktu 1 (satu) tahun tidak mempublikasikan karya penelitian saya. Dalam kasus ini saya setuju untuk menempatkan pembimbing sebagai penulis korespondensi (*Corresponding author*).

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun.

Palembang, Juli 2025



Dwi Ananda Putri
NIM. 10012682226038

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

قَاضِرٌ إِنَّ وَعْدَ اللَّهِ حَقٌّ وَلَا يَسْتَخِفُّكَ الَّذِينَ لَا يُوقِنُونَ

“Dan bersabarlah kamu, sesungguhnya janji Allah adalah benar dan sekali-kali janganlah orang-orang yang tidak meyakini (kebenaran ayat-ayat Allah) itu menggelisahkan kamu”

(QS. Ar-Rum ayat 60)

PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

“Tiada lembar yang paling indah dari Tesis ini kecuali lembar persembahan ini.

Tesis ini saya persembahkan untuk:

Allah SWT yang telah memberikan petunjuk dan pertolongan sehingga saya bisa menyelesaikan Tesis ini.

kedua orang tua saya tercinta, almarhum Ayah yang cintanya tak pernah pudar bahkan semakin merekah dengan segala kasih sayang dan kebaikan Ayah, untuk ibu tersayang yang selalu melangitkan doanya, yang selalu memberikan dukungan dan semangat untuk dwi bisa menyelesaikan Pendidikan dan tesis yang tidak mudah ini. Tesis dan Gelar ini untuk Ayah dan Ibu.

Saudaraku tercinta Ayuk Puput, Adek Dinda, Adek Halim yang selalu menemani dan mensupport dwi untuk bisa menyelesaikan tesis dan pendidikan ini.

Diri saya sendiri, Dwi Ananda Putri kamu tau proses ini tidak mudah dan ini semua bisa terselesaikan atas kehendak Allah SWT.

Bapak dan Ibu Dosen serta Admin Program Studi yang telah membimbing dan mengarahkan saya untuk bisa menyelesaikan tesis ini.

Bapak dan Ibu UPT. Puskesmas Pegayut, serta Bidan dan Kader Desa yang telah membantu dalam proses Penelitian Tesis ini.

Sahabat dan teman-teman saya yang menemani dalam suka maupun duka.

Terima kasih atas segala waktu, usaha dan dukungan yang telah diberikan.

Akhir kata semoga tesis ini dapat menambah wawasan dan manfaat.

آمِينَ يَا رَبَّ الْعَالَمِينَ

NUTRITION SCIENCE
MASTER STUDY PROGRAM (S2) PUBLIC HEALTH SCIENCE
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
SRIWIJAYA UNIVERSITY
Scientific writing in the form of a thesis,
Juli 2025

Dwi Ananda Putri, Mentored by Anita Rahmiwati and Rico J. Sitorus

The Relationship of Infant and Young Child Feeding (IYCF) with the Incidence of Stunting in Children 6-24 Months of Age at Pegayut Health Center
xv + 167 pages, 6 figures, 22 tables, 12 attachments

ABSTRACT

Stunting is a chronic nutritional problem that has a serious impact on child growth and development, especially in the period of the first 1000 days of life (HPK). This study aims to analyze the relationship between infant and young child feeding (IYCF) practices and the incidence of stunting in children aged 6-24 months in the working area of Puskesmas Pegayut, Ogan Ilir Regency. The study used a cross-sectional design with a sample size of 110 respondents. Data were collected through interviews using a structured questionnaire and analyzed bivariately with the Chi-Square test and multivariate with logistic regression. The results showed that IYCF practices were significantly associated with stunting, where children with inappropriate IYCF practices had a 2.9 times greater risk of being stunted than children with appropriate IYCF (Prevalence Ratio = 2.90; 95% CI: 1.08-7.80; $p = 0.019$). Other variables that were also significantly associated were exclusive breastfeeding and immunization status. Meanwhile, early breastfeeding initiative (IMD) and continued breastfeeding did not show a significant association with the incidence of stunting in respondents. Multivariate analysis showed that inappropriate IYCF practices remained the dominant factor associated with stunting after controlling for other variables. These findings emphasize the importance of interventions related to recommended IYCF practices, nutrition education for parents, and strengthening basic health services as key strategies in stunting prevention efforts in high-prevalence areas.

Keywords: Exclusive breastfeeding, 6-24 month old children, Nutrition, Infant and young child feeding (IYCF), Stunting.

ILMU GIZI
PROGRAM STUDI MAGISTER (S2) ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
Karya tulis ilmiah berupa tesis,
Juli 2025

Dwi Ananda Putri, Dibimbing oleh Anita Rahmiwati dan Rico J. Sitorus

Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) Dengan Kejadian Stunting
Pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Puskesmas Pegayut
xv + 167 halaman, 6 gambar, 22 tabel, 12 lampiran

ABSTRAK

Stunting merupakan masalah gizi kronis yang berdampak serius terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak, khususnya dalam periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pegayut, Kabupaten Ogan Ilir. Penelitian menggunakan desain potong lintang dengan jumlah sampel 110 responden. Data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur dan dianalisis secara bivariat dengan uji Chi-Square serta multivariat dengan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa praktik PMBA berhubungan signifikan dengan kejadian stunting, di mana anak dengan praktik PMBA yang tidak tepat memiliki risiko 2,9 kali lebih besar mengalami stunting dibandingkan anak dengan PMBA tepat (Prevalence Ratio = 2,90; 95% CI: 1,08–7,80; $p = 0,019$). Variabel lain yang juga berhubungan signifikan adalah pemberian ASI eksklusif dan status imunisasi. Sementara itu, inisiatif menyusui dini (IMD) serta ASI lanjutan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting pada responden. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa praktik PMBA yang tidak tepat tetap menjadi faktor dominan yang berhubungan dengan kejadian stunting setelah dikontrol dengan variabel lain. Temuan ini menegaskan pentingnya intervensi terkait praktik PMBA yang sesuai anjuran, edukasi gizi kepada orang tua, dan penguatan layanan kesehatan dasar sebagai strategi utama dalam upaya pencegahan stunting di wilayah dengan prevalensi tinggi.

Kata kunci: ASI Eksklusif, Anak Usia 6-24 bulan, Gizi, Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), Stunting.

KATA PENGANTAR

Assalamua'alaykum warahmatullahi wabarakatuh

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah banyak melimpahkan nikmat dan karuniah-Nya sehingga Tesis dengan judul “**Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut**” telah dapat diselesaikan.

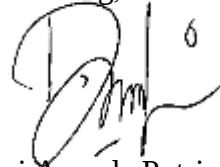
Dalam penulisan tesis ini penulis banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Taufiq Marwa, SE., M.Si sebagai Rektor Universitas Sriwijaya
2. Dr. Misnaniarti, S.KM., M.K.M, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya
3. Prof. Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes, selaku Koordinator Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya
4. Dr. Anita Rahmiwati, S.P., M.Si selaku Dosen Pembimbing I dan Prof. Dr. Rico J. Sitorus, S.K.M., M.Kes (Epid) selaku Dosen Pembimbing II yang senantiasa bersedia meluangkan waktu untuk memberikan ilmu, motivasi, saran, dan masukannya dalam penyusunan tesis ini
5. Prof Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes , Dr. Yuli Hartati, S.Pd, M.Si dan Dr. Nur Alam Fajar, S.Sos. M.Kes, selaku dosen penguji yang senantiasa bersedia meluangkan waktu untuk memberikan ilmu, motivasi, saran, dan masukannya untuk tersusunnya tesis ini.
6. Yang paling utama Kepada kedua orangtuaku, Alm. Ayah tersayang Bpk. M. Amin yang selalu menjadi panutan, ayah yang tak pernah lelah, ayah yang selalu berusaha memberikan yang terbaik untuk anak-anaknya. Bak tersambar petir saat ayah tiba-tiba Allah ambil dimasa pendidikan S1 saya, seketika semua harapan untuk melanjutkan S2 di hapuskan, tapi ternyata bidadari Ayah, wanita yang ayah cintai, ibunda kami tercinta ibu Paulina wanita yang sangat tegar dan jadi sosok yang paling tangguh di hidup ini mendukung penuh untuk tetap melanjutkan pendidikan S2 Dwi. Ibu terima kasih banyak atas segala ketulusan, doa, dukungan yang tak terhingga selalu ibu berikan, kalo bukan karena ibu mungkin tesis ini belum bisa terselesaikan.
7. Kepada saudara-saudara yang saya cintai dan saya banggakan ayunda Putri Noer Utami, adinda Tri Dinda Sari, dan M. Halim Rizky Ramadhan terima kasih atas segala dukungan, doa, dan cintanya yang selalu memberikan semangat untuk dapat menyelesaikan tesis dan pendidikan ini.
8. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya. terima kasih atas segala dukungan, doa, dan cintanya yang selalu memberikan semangat untuk dapat menyelesaikan tesis dan pendidikan ini.

9. Kepada Teman-teman yang tak kalah penting kehadirannya Robiatul Adawiyah, Wulan Salsabillah Putri, kak Nila Afifah, Devy Yuliantari, kak Feby Susanti, Mba Maya Sopianti, Mba Devy Kartika Sari, Virgina Putri Sabila, Mba Risa, Mba Lulu, Melisa Yuniarti, Febbya Hannisyah dan rekan seperjuangan yang selalu menemani dan membantu saya dalam proses penulisan tesis ini serta keluarga ku yang selalu memberikan dukungan dan do'a.
10. Seluruh pihak yang terlibat dan berkontribusi dalam proses penyelesaian tesis yang tidak dapat penulis jabarkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini masih terdapat banyak kekurangan karena keterbatasan penulis. Namun demikian, penulis tetap berharap kiranya tesis ini bisa memberi manfaat bagi penulis sendiri maupun bagi pihak lain. Wassalamu'alaykum warahmatullahi wabarakatuh

Palembang, Juli 2025



Dwi Ananda Putri
NIM.10012682226038

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan pada tanggal 10 April 2000 di Kota Palembang, Provinsi Sumatera Selatan. Putri dari Bapak M. Amin (Alm) dan Ibu Paulina yang merupakan anak kedua dari empat bersaudara.

Penulis menyelesaikan pendidikan dasar di SD Negeri 23 Palembang pada tahun 2011. Sekolah Menengah Pertama di SMP Negeri 45 Palembang tahun 2014. Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 10 Palembang tahun 2017. Pada tahun yang sama di 2017 melanjutkan pendidikan di Universitas Sriwijaya, pada Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan Program Studi Gizi dan lulus pada tahun 2021.

Pada tahun 2022 penulis bekerja sebagai guru di SMK Kesehatan Kota Palembang dan tercatat sebagai mahasiswa Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya dengan Bidang Kajian Utama (BKU) yang diambil adalah Gizi.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Luar	i
Halaman Judul	ii
Halamaan Pengesahan	iii
Halaman Persetujuan	iv
Halaman Pernyataan Integritas	v
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi	vi
Motto dan Persembahan	vii
Abstract.....	viii
Abstrak.....	ix
Kata Pengantar.....	x
Riwayat Hidup	xii
Daftar Isi	xiii
Daftar Tabel	xvi
Daftar Gambar	xvii
Daftar Lampiran.....	xviii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah	7
1.3 Tujuan	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1. Bagi Peneliti	8
1.4.2. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat	9
1.4.3. Bagi Puskesmas Pegayut.....	9
1.4.4. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir	9
1.5 Ruang Lingkup.....	9
1.5.1. Lingkup Lokasi	9
1.5.2. Lingkup Waktu	9

1.5.3. Lingkup Materi	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)	11
2.2 Status Gizi Anak usia 6-24 bulan	20
2.3 Metode Penilaian Status Gizi.....	23
2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan	26
2.5 Penyakit Infeksi	29
2.6 Status Imunisasi	32
2.7 Penelitian Terdahulu	34
2.8 Kerangka Teori	40
2.9 Kerangka Konsep.....	41
2.10 Definisi Operasional	42
2.11 Hipotesis Penelitian	44
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	45
3.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	45
3.3 Instrumen Penelitian	49
3.4 Jenis Data, Cara Pengumpulan Data dan Alat Pengumpulan Data.....	51
3.5 Pengolahan Data	52
3.6 Validitas dan Reliabilitas	53
3.7 Analisis Data dan Penyajian Data.....	54
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	57
4.2 Hasil Penelitian	60
4.2.1 Karakteristik Responden.....	60
4.2.2 Prinsip Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)	62
4.2.3 Normalitas dan Reliabilitas Data	63
4.2.4 Analisis Bivariat	69
4.2.5 Analisis Multivariat	83
4.3 Pembahasan	87

4.3.1	Gambaran Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)	87
4.3.2	Gambaran Kejadian Stunting pada Anak	89
4.3.3	Hubungan antara Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan	90
4.3.4	Hubungan antara Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dengan Kejadian Stunting	91
4.3.5	Hubungan antara ASI eksklusif dengan Kejadian Stunting	93
4.3.6	Hubungan antara ASI Lanjutan dengan Kejadian Stunting	94
4.3.7	Hubungan antara Riwayat Penyakit Infeksi dengan Kejadian Stunting	96
4.3.8	Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Stunting	97
4.3.9	Hubungan antara Usia dengan Kejadian Stunting	99
4.3.10	Hubungan antara Pendidikan Terakhir Ibu dengan Kejadian Stunting	100
4.3.11	Hubungan antara Status Imunisasi dengan Kejadian Stunting	101
4.3.12	Hubungan antara Tingkat Pendapatan dengan Kejadian Stunting	102
4.4	Keterbatasan Penelitian	104
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1	Kesimpulan	106
5.2	Saran	107
5.2.1	Saran Bagi Puskesmas dan Pemerintah Setempat	107
5.2.2	Saran Bagi Universitas	108
5.2.3	Saran Bagi Peneliti Selanjutnya	108
	Daftar Pustaka	110
	Lampiran	119

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1. Pemberian Makan pada Bayi dan Anak Usia 6-24 Bulan.....	19
Tabel 2.2. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks.....	22
Tabel 2.3. Pemberian Imunisasi Sesuai dengan Umur Anak usia 6-24 bulan	33
Tabel 3.1. Hasil Perhitungan Besar Sampel Penelitian Terdahulu	47
Tabel 3.2. Analisis Bivariat Berdasarkan Jenis Data Variabel	55
Tabel 4.1. Karakteristik Responden	60
Tabel 4.2. Prinsip Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)	63
Tabel 4.3. Uji Normalitas Data	65
Tabel 4.4. Uji Reliabilitas Data.....	67
Tabel 4.5. Hubungan antara Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan	69
Tabel 4.6. Hubungan antara Usia dengan Kejadian Stunting	71
Tabel 4.7. Hubungan antara Inisiasi Menyusui Dini dengan Kejadian Stunting.....	72
Tabel 4.8. Hubungan antara ASI eksklusif dengan Kejadian Stunting.....	73
Tabel 4.9. Hubungan antara ASI Lanjutan dengan Kejadian Stunting.....	75
Tabel 4.10. Hubungan antara Riwayat Penyakit Infeksi dengan Kejadian Stunting.....	76
Tabel 4.11. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Stunting....	77
Tabel 4.12. Hubungan antara Pendidikan terakhir dengan Kejadian Stunting.....	79
Tabel 4.13. Hubungan antara Status Imunisasi dengan Kejadian Stunting	80
Tabel 4.14. Hubungan antara Tingkat pendapatan dengan Kejadian Stunting.....	81
Tabel 4.15. Pemodelan Awal (<i>Full Model</i>) Analisis Multivariat	84
Tabel 4.16. Identifikasi <i>Confounding</i>	85
Tabel 4.17. Pemodelan Akhir (<i>Final Model</i>) Analisis Multivariat.....	86

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Grafik Pemberian MPASI Tepat Waktu	14
Gambar 2.2. Kebutuhan Mikronutrien	14
Gambar 2.3. Kerangka Teori.....	40
Gambar 2.4. Kerangka Konsep	41
Gambar 3.1. Kerangka Sampel Penelitian	48
Gambar 4.1. Peta Administrasi Wilayah Kerja Puskesmas Pegayut	57

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lembar Permohonan Informan Penelitian	119
Lampiran 2. Inform Consent.....	120
Lampiran 3. Kuesioner Penelitian.....	121
Lampiran 4. Form SQ-FFQ	128
Lampiran 5. Sertifikat Kaji Etik	134
Lampiran 6. Surat Izin Penelitian Universitas Sriwijaya.....	135
Lampiran 7. Surat Rekomendasi Penelitian Kesbangpol.....	137
Lampiran 8. Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan	141
Lampiran 9. Surat Izin Penelitian Puskesmas Pegayut.....	143
Lampiran 10. Surat Selesai Penelitian	144
Lampiran 11. Output.....	145
Lampiran 12. Dokumentasi	155

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa anak usia 6-24 bulan merupakan masa yang tergolong rawan dalam pertumbuhan dan perkembangan karena pada masa ini anak mudah sakit dan beresiko mengalami masalah gizi. Anak-anak usia 6-24 bulan lebih rentan menderita penyakit infeksi karena sudah mulai bergerak aktif untuk bermain, sehingga sangat mudah terkontaminasi oleh kotoran. Pada masa ini pula perkembangan kemampuan berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional, dan intelegensi berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya (Harahap, Nasution and Fitria, 2019).

Berdasarkan data World Health Organization tahun 2018, masalah gizi dalam pembangunan masih merupakan persoalan yang dianggap menjadi masalah utama dalam tatanan kependudukan dunia. Oleh karena itu, persoalan ini menjadi salah satu butir penting yang menjadi kesepakatan global dalam Sustainable Development Goals (SDGs), di mana setiap negara secara bertahap harus mampu mengurangi jumlah anak usia 6-24 bulan yang bergizi buruk atau gizi kurang hingga mencapai 15% pada tahun 2030 (WHO, 2018).

Menurut UNICEF ada sekitar 2,4 miliar orang, sebagian besar perempuan dan penduduk pedesaan, tidak memiliki akses yang konsisten terhadap pangan bergizi, aman, dan cukup pada tahun 2022. Kemudian angka gizi buruk pada anak masih sangat tinggi. Pada tahun 2021, 22,3% (148,1 juta) anak mengalami stunting, permasalahan gizi yang terjadi di Indonesia sedikit banyak telah dapat diatasi seiring dengan perkembangan capaian proporsi kejadian pada beberapa kasus gizi yang telah mencapai garis batas masalah kesehatan masyarakat. Status gizi seseorang terutama pada masa anak usia 6-24 bulan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan

seseorang dimasa yang akan datang (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2020). Beberapa permasalahan gizi yang masih perlu perhatian diantaranya adalah masalah gizi kurang dan gizi lebih atau sering disebut dengan masalah gizi ganda. Di Indonesia permasalahan gizi kurang masih menjadi kasus terbanyak dan sering terjadi pada kelompok umur 0-5 tahun (Hartono, 2017).

Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Kementerian Kesehatan menunjukkan, stunting merupakan satu dari lima permasalahan gizi utama pada anak usia 6-24 bulan di Indonesia. Stunting atau ukuran badan pendek merupakan salah satu masalah gizi yang menjadi perhatian pemerintah dan publik karena prevalensinya kini masih cukup tinggi, mencapai 21,6% pada 2022. Angka tersebut melebihi ambang batas yang ditetapkan standar Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebesar 20%. Ini mengindikasikan bahwa stunting di Indonesia masih tergolong kronis.

Stunting merupakan kondisi gangguan pertumbuhan yang ditandai dengan melambatnya laju pertumbuhan anak akibat asupan gizi yang tidak seimbang (Losong, 2017). Berdasarkan standar pertumbuhan anak dari World Health Organization (WHO), stunting diukur menggunakan indeks panjang atau tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U) dengan nilai z-score kurang dari -2 standar deviasi (SD) (Loya, 2017). Masalah stunting masih menjadi tantangan besar dalam bidang gizi di Indonesia. Dampak jangka panjang dari stunting mencakup terganggunya perkembangan fisik, mental, intelektual, hingga fungsi kognitif anak. Jika kondisi ini berlangsung hingga usia lima tahun, perbaikannya akan sulit dilakukan dan dapat terus berlanjut hingga dewasa, bahkan berpotensi menurunkan berat badan lahir pada keturunannya. WHO mencatat pada tahun 2016 bahwa prevalensi stunting pada anak usia 6–24 bulan secara global mencapai 22,9%, dan kondisi pendek akibat gizi buruk menjadi penyebab kematian sekitar 2,2 juta anak di usia yang sama. Di kawasan Asia dan Afrika, hampir separuh kematian anak balita disebabkan oleh kekurangan gizi, yang mengakibatkan sekitar tiga juta kematian anak setiap tahunnya (Ohyver, 2017).

Meski demikian, prevalensi 2022 telah turun 2,8 poin dari 2021 yang

sebesar 24,4% dan tahun 2023 hanya menurun 0,1% yaitu 21,5%. Meskipun prevalensi stunting terus mengalami penurunan, prevalensi stunting di Indoneisa masih dibawah target Indonesia yaitu 14% tahun 2024 dan sampai saat ini kejadian stunting masih menjadi isu prioritas di Indonesia (Kemenkes, 2022).

Prevalensi stunting di Provinsi Sumatera Selatan pada tahun 2018 yaitu 22,8% (Kemenkes RI, 2018). Pada tahun 2021 prevalensi stunting di Sumatera Selatan mengalami peningkatan menjadi 24,8% dan pada tahun 2022 prevalensi stunting mengalami penurunan menjadi 18,6%. Berdasarkan data SSGI Prevalensi Gizi buruk di Kabupaten Ogan Ilir berada pada urutan ke dua di provinsi Sumatera Selatan dengan prevalensi sebesar 24,9% dari 17 Kabupaten/Kota di provinsi Sumatera selatan (BKKBN, 2024).

Anak usia 6–24 bulan yang mengalami stunting perlu mendapat perhatian serius karena kondisi ini dapat menghambat pertumbuhan fisik, perkembangan mental, serta memengaruhi status kesehatannya. Penelitian terbaru mengungkapkan bahwa stunting pada masa anak-anak berkaitan erat dengan rendahnya pencapaian akademik, tingkat pendidikan yang tidak optimal, dan penghasilan yang rendah saat dewasa. Anak yang mengalami stunting berisiko lebih tinggi menjadi orang dewasa dengan kondisi kesehatan yang buruk dan tingkat pendapatan yang rendah. Penelitian oleh Setiawan dan rekan-rekan (2018) menemukan adanya hubungan signifikan antara tingkat asupan energi, rata-rata durasi sakit, berat badan saat lahir, pendidikan ibu, serta pendapatan keluarga dengan kejadian stunting pada anak usia 24–59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Andalas, Kecamatan Padang Timur, Kota Padang.

Sementara itu, penelitian Zahra dkk (2023) menunjukkan bahwa seluruh variabel yang diteliti memiliki hubungan dengan kejadian stunting, dengan nilai p masing-masing: pengetahuan ($p=0,000$), pemberian ASI eksklusif ($p=0,002$), praktik pemberian MP-ASI ($p=0,000$), riwayat infeksi ($p=0,001$), kelengkapan imunisasi ($p=0,000$), ketersediaan air bersih ($p=0,000$), dan kondisi sanitasi lingkungan ($p=0,000$). Dari hasil tersebut,

sanitasi lingkungan merupakan faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kejadian stunting (Zahra et al., 2023).

Menurut Apriluana dan Fikawati tahun 2018 dari hasil penelitian yang mereka lakukan didapatkan bahwa faktor status gizi dengan berat badan lahir < 2.500 gram memiliki pengaruh secara bermakna terhadap kejadian stunting pada anak dan memiliki risiko mengalami stunting sebesar 3,82 kali. Faktor pendidikan ibu rendah memiliki pengaruh secara bermakna terhadap kejadian stunting pada anak dan memiliki risiko mengalami stunting sebanyak 1,67 kali. Faktor pendapatan rumah tangga yang rendah diidentifikasi sebagai predictor signifikan untuk stunting pada anak usia 6-24 bulan sebesar 2,1 kali. Faktor sanitasi yang tidak baik memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan dan memiliki risiko mengalami stunting hingga sebesar 5,0 kali (Apriluana & Fikawati, 2018).

Stunting, kondisi gagal tumbuh yang berkepanjangan pada anak usia 6-24 bulan, menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia, termasuk di Kabupaten Ogan Ilir. Data Riskesnas 2021 menunjukkan prevalensi stunting di Ogan Ilir mencapai 28,7%, lebih tinggi dari rata-rata nasional sebesar 24,3% (BPS, 2021). Salah satu faktor risiko stunting yang erat kaitannya adalah praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tidak tepat. Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tidak memenuhi gizi dan zat mikro yang dibutuhkan anak dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangannya, sehingga meningkatkan risiko stunting (Nita et al., 2022).

Riskesdas (2018) menunjukkan bahwa anak usia 6-24 bulan stunting dan kurus masih cukup tinggi di Indonesia, prevalensi anak usia 6-24 bulan stunting sebanyak 30,8% dan anak usia 6-24 bulan kurus sebesar 6,7 %. Kasus stunting anak usia 6-24 bulan di Sleman masih tinggi. Pada tahun 2018 terdapat 11 % anak usia 6-24 bulan mengalami stunting, anak usia 6-24 bulan gizi kurang 7,32 %, dan anak usia 6-24 bulan kurus 3,97 % (Kemenkes RI, 2018). Puskesmas juga memiliki peran dalam mengatasi kasus stunting baik melalui gizi sensitif dan spesifik (Rahmuniyati, 2020). Praktik Pemberian

Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tepat dapat memperbaiki status gizi bayi/anak. Menurut World Health Organization (WHO)/ United Nations Children's Fund (UNICEF), lebih dari 60 % kematian anak-anak usia 6-24 bulan terkait dengan keadaan kurang gizi, dan dua pertiga diantara kematian tersebut terkait dengan praktik pemberian makan yang kurang tepat pada bayi dan anak (WHO, 2001).

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) merupakan komponen penting dalam mendukung tumbuh kembang optimal serta mencegah terjadinya stunting pada anak, khususnya dalam periode krusial 6-24 bulan. Menurut penelitian, praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang baik mencakup pemberian ASI eksklusif hingga usia 6 bulan dan pengenalan makanan pendamping yang bergizi dan seimbang setelahnya. Hal ini sangat berperan dalam memastikan asupan nutrisi cukup untuk mendukung pertumbuhan tinggi dan berat badan anak, serta perkembangan otak dan sistem imun yang optimal (Idawati et al., 2023).

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) menekankan pada pentingnya pemberian makanan pendamping ASI yang beragam dan cukup mulai usia enam bulan, di samping keberlanjutan pemberian ASI hingga dua tahun atau lebih. Studi menunjukkan bahwa pola makan yang tepat pada masa ini, termasuk keragaman makanan dan pemberian pangan sumber hewani, berhubungan erat dengan penurunan risiko stunting. Misalnya, penelitian oleh Qolbiyah et al. (2021) menunjukkan bahwa praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang baik secara signifikan mengurangi risiko stunting pada anak usia 6-24 bulan, sedangkan faktor lain seperti pengetahuan ibu juga sangat mempengaruhi (Ramadhani et al., 2023; Lestari & Hanim, 2020).

Intervensi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) juga berfokus pada pemberian makanan beragam, terutama makanan yang mengandung protein hewani, untuk mengurangi risiko stunting pada anak-anak di Indonesia. Faktor ini sangat penting mengingat defisiensi nutrisi selama masa awal kehidupan dapat berdampak panjang terhadap kesehatan dan

perkembangan anak. Studi oleh Dafursa dan Gebremedhin (2019) di Ethiopia menunjukkan bahwa keragaman makanan sejak dini terbukti dapat mengurangi angka stunting secara signifikan, suatu temuan yang konsisten dengan penelitian di beberapa daerah di Indonesia (Dafursa & Gebremedhin, 2019; Mahmudiono et al., 2020).

Di Indonesia, program Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan melalui panduan pemberian makanan bayi dan anak yang berfokus pada kebiasaan makan yang baik, kebersihan, dan pemenuhan kebutuhan energi yang sesuai standar antropometri anak Indonesia (Kemenkes RI, 2020). Dengan mengadopsi praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tepat, orang tua dan pengasuh dapat berperan penting dalam pencegahan stunting, yang masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) diungkapkan berdasarkan kaitannya yang signifikan dengan pertumbuhan dan perkembangan optimal anak, khususnya pada rentang usia 6-24 bulan. Pada periode ini, anak berada dalam tahap pertumbuhan yang cepat dan rentan terhadap masalah gizi jika tidak mendapatkan asupan yang sesuai. Usia 6-24 bulan sering dijadikan fokus penelitian karena pada masa inilah terjadi transisi dari pemberian ASI eksklusif ke MP-ASI, yang menuntut pemahaman dan praktik gizi yang baik dari pihak pengasuh. Penelitian menunjukkan bahwa keterlambatan dalam pengenalan makanan padat dan kurangnya kualitas MP-ASI berkorelasi dengan peningkatan risiko stunting pada anak-anak di usia ini. Selain itu, usia ini menjadi periode "kritis" dalam perkembangan anak, di mana keterbatasan gizi bisa berdampak jangka panjang pada kesehatan, bahkan hingga dewasa (Wagustina et al., 2024).

Menurut rekomendasi WHO dan UNICEF dalam *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, ada empat hal penting yang harus dilakukan dalam pemberian makan bayi dan anak. Pertama, bayi sebaiknya mulai diberi ASI dalam 30 menit setelah lahir. Kedua, selama enam bulan pertama, bayi hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman lain. Ketiga,

setelah usia 6 bulan, bayi mulai diberi makanan pendamping ASI. Keempat, pemberian ASI sebaiknya tetap dilanjutkan sampai anak berusia 24 bulan atau lebih (Siahaan & Tasmi, 2022).

Puskesmas Pegayut sebagai salah satu fasilitas kesehatan di Kabupaten Ogan Ilir, memiliki peran penting dalam upaya pencegahan dan penanggulangan stunting. Di Ogan Ilir kasus stunting yang tertinggi salah satunya ada di Puskesmas Pegayut dimana hal ini bisa dilihat dari beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian stunting tertinggi yang ada di puskesmas pegayut. Sebagai puskesmas yang melayani kesehatan dan kondisi social di wilayah tertentu, fasilitas yang ada di puskesmas pegayut belum cukup memenuhi untuk dikatakan sebagai puskesmas yang baik. Selain itu di wilayah kerja puskesmas pegayut masih menjadi perhatian tentang masalah kesehatan lingkungan dan pemberian makan bayi dan anak serta asupan nutri untuk anak itu sendiri. Hal ini disebabkan oleh masih rendahnya tingkat pendapatan yang terjadi di wilayah puskesmas pegayut. Memahami hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian stunting di wilayah kerjanya menjadi langkah krusial untuk merumuskan intervensi yang tepat dan efektif.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, tingginya kejadian stunting yang dapat menyebabkan resiko kematian dan terganggunya pertumbuhan fisik dan perkembangan mental anak. Untuk itu asupan gizi dan cara pemberian makanan yang benar sesuai tahapan sangat penting untuk diperhatikan, untuk keberlangsungan kehidupan, pertumbuhan, perkembangan serta pemenuhan gizi bayi dan anak. Namun belum diketahui secara pasti apakah ada hubungan antara Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian stunting pada anak 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut. Apakah ada hubungan antara Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan setelah di kontrol oleh variabel penyakit infeksi, jenis kelamin, umur, pendidikan

terakhir ibu, status imunisasi dan tingkat pendapatan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pola pemberian makan bayi dan anak terhadap kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dilakukannya penelitian ini, yaitu:

1. Mengetahui karakteristik anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut meliputi jenis kelamin, usia, berat badan, tinggi badan, status gizi dan penyakit infeksi.
2. Mengetahui karakteristik keluarga anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut meliputi Pendidikan Orang Tua, Pekerjaan Orang Tua, dan Pendapatan Orang Tua.
3. Menganalisis hubungan Pemberian Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut.
4. Menganalisis hubungan ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut.
5. Menganalisis Hubungan MP-ASI dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut.
6. Menganalisis Hubungan ASI Lanjutan dengan kejadian stunting pada Anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut.
7. Menganalisis Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian Stunting pada anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut.
8. Menganalisis Faktor yang paling berpengaruh dengan kejadian Stunting pada anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan berbagai informasi terkait pemberian makan bayi dan anak terhadap kejadian stunting. Temuan penelitian ini dapat membantu memperkaya pemahaman tentang masalah gizi anak usia 6-24 bulan di Indonesia.

1.4.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai bahan acuan untuk penelitian selanjutnya dan menjadi referensi perpustakaan institusi serta sebagai bahan masukan bagi mahasiswa yg sedang mempelajari tentang manfaat dan pentingnya Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) pada anak usia 6-24 bulan terhadap kejadian stunting di Puskesmas Pegayut.

1.4.3 Bagi Puskesmas Pegayut

Hasil Penelitian diharapkan dapat menambah ilmu dan pemahaman tentang kesehatan, dengan menjadikan penelitian ini sebagai sumber informasi tentang pentingnya Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dalam upaya mengatasi Kejadian Stunting pada anak usia 6-24 bulan. Selain itu, dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan pengambilan kebijakan dalam meningkatkan upaya promotif dan preventif untuk wilayah kerja Puskesmas Pegayut.

1.5 Ruang Lingkup

1.5.1 Lingkup Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Pegayut

1.5.2 Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober 2024

1.5.3 Lingkup Materi

Penelitian ini membahas tentang hubungan pemberian makan bayi dan anak terhadap kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) merupakan salah satu cara penting untuk mengatasi masalah kekurangan gizi pada anak. Dalam *The Community Infant and Young Child Feeding*, UNICEF dan WHO (2013) merekomendasikan empat standar emas dalam praktik PMBA. Keempatnya meliputi: Inisiasi Menyusui Dini (IMD), pemberian ASI eksklusif, pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI), dan melanjutkan pemberian ASI hingga anak berusia dua tahun atau lebih. Dalam menerapkan empat standar emas ini, ada beberapa hal penting yang perlu diperhatikan agar pemberian makan anak dapat berjalan dengan baik dan optimal, yaitu:

a. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah proses menyusui yang dilakukan segera setelah bayi lahir. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012, IMD dilakukan dengan meletakkan bayi di dada ibu dalam posisi tengkurap, sehingga terjadi kontak langsung antara kulit ibu dan kulit bayi selama minimal satu jam atau sampai proses menyusui pertama selesai. Kementerian Kesehatan (2019) juga menyebutkan bahwa IMD harus dilakukan dalam satu jam pertama setelah lahir dan berlangsung setidaknya selama satu jam. Pentingnya IMD ditegaskan oleh hasil penelitian WHO pada tahun 2000 di enam negara berkembang, yang menunjukkan bahwa bayi yang tidak segera disusui setelah lahir memiliki risiko kematian 40% lebih tinggi pada usia 9–12 bulan (Novianti, 2018). Manfaat kontak kulit antara ibu dan bayi pada saat Inisiasi Menyusui Dini (IMD) antara lain:

- 1) Dada ibu mampu menghangatkan bayi sehingga dapat mengatur suhu tubuh bayi serta mencegah kematian karena kedinginan.
- 2) Pernafasan dan detak jantung bayi lebih stabil karena bayi jarang menangis.

- 3) Bayi memindahkan bakteri dari kulit ibunya melalui jilatan dan menelan bakteri baik yang meningkatkan daya tahan tubuh.
- 4) Meningkatkan ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi.

b. ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian hanya air susu ibu tanpa tambahan makanan atau minuman lain, kecuali vitamin, mineral, atau obat-obatan dalam bentuk sirup (WHO, 2003). ASI eksklusif diberikan sejak bayi lahir hingga usia 6 bulan. Pada usia 0–6 bulan, ASI merupakan satu-satunya makanan yang paling sempurna bagi bayi karena mampu memenuhi semua kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. ASI juga cocok dengan sistem pencernaan bayi yang masih berkembang (Kemenkes RI, 2014). Bayi sebaiknya disusui sesering mungkin sesuai kebutuhannya. Saat menyusui, biarkan bayi menyusu dari satu payudara hingga selesai dan melepaskannya sendiri sebelum berpindah ke payudara lainnya. Ini penting agar bayi mendapatkan ASI bagian akhir yang mengandung lebih banyak lemak. Menyusui sesuai permintaan bayi dapat membantu meningkatkan produksi ASI, mempercepat kenaikan berat badan bayi, mencegah pembengkakan pada payudara, dan membantu membentuk pola menyusui yang baik. Berikut merupakan manfaat ASI bagi bayi dan Ibu:

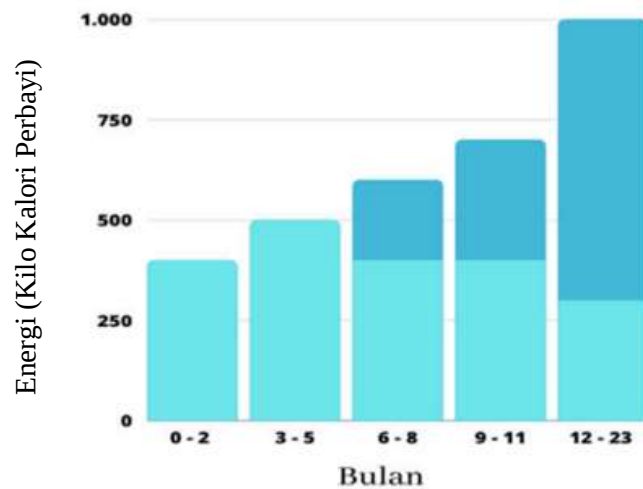
- 1) Manfaat ASI bagi Bayi
 - a) ASI meningkatkan daya tahan tubuh bayi. ASI mengandung zat kekebalan yang akan melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi bakteri, virus, parasit, dan jamur.
 - b) ASI sebagai sumber zat gizi. ASI merupakan sumber zat gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan pertumbuhan bayi
 - c) ASI meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dan anak. Kontak kulit saat Menyusui berpengaruh terhadap perkembangan bayi. Interaksi yang timbul waktu proses Menyusui antara ibu dan bayi menimbulkan rasa aman dan nyaman.

- d) ASI mudah dicerna dan diserap secara efisien. ASI mengandung protein whey yang mudah diserap dan kasein dalam jumlah sedikit.
 - e) Bayi yang mendapat ASI mempunyai kenaikan berat badan yang baik dan mengurangi risiko obesitas. Frekuensi Menyusui yang sering (tidak dibatasi) juga dibuktikan bermanfaat karena volume ASI yang dihasilkan lebih banyak sehingga penurunan berat badan bayi hanya sedikit.
- 2) Manfaat Menyusui bagi Ibu
- a) Mempercepat proses pengembalian ukuran rahim seperti semula.
 - b) Menurunkan hormon estrogen sehingga mengurangi risiko mengidap kanker payudara.
 - c) Mempercepat proses pengembalian berat badan karena lemak tubuh yang tersimpan dibawah kulit selama hamil akan digunakan untuk membentuk ASI.

c. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Makanan Pendamping ASI (MPASI) adalah semua jenis makanan dan minuman selain ASI (PAHO, 2003; UNICEF, 2013). Seiring bertambahnya usia, kebutuhan nutrisi bayi juga meningkat. ASI memang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi sampai usia sekitar 5 bulan, namun setelah itu bayi membutuhkan tambahan nutrisi dari MPASI. MPASI yang diberikan harus mengandung gizi yang lengkap dan seimbang. Fungsinya adalah untuk memenuhi kebutuhan zat gizi makro seperti energi, protein, lemak, dan karbohidrat, serta zat gizi mikro seperti vitamin dan mineral. Prinsip dasar yang harus diperhatikan saat memberikan MPASI pada bayi antara lain :

- 1) Tepat waktu artinya MPASI diberikan pada saat ASI tidak mampu memenuhi kebutuhan bayi yaitu mulai umur 6 bulan. Pemberian makanan pada bayi terlalu dini dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan bayi (Apriliani et al., 2023).

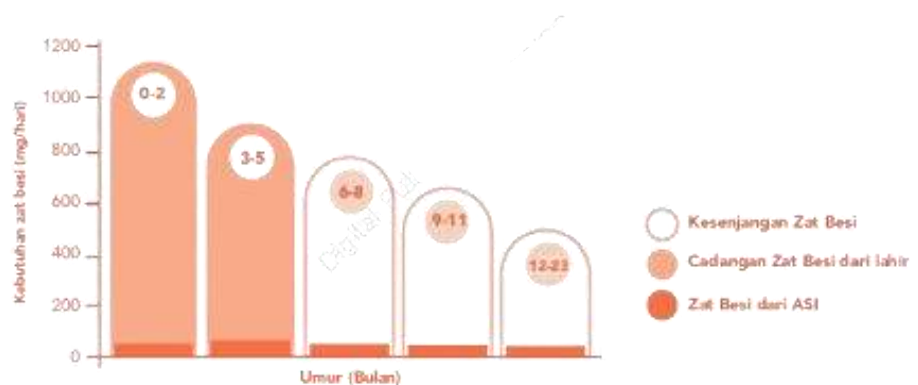


Sumber : WHO, 2000

Gambar 2.1 Grafik Pemberian MPASI Tepat Waktu

Energi yang dibutuhkan oleh anak berdasarkan pertumbuhan anak seiring pertumbuhan, semakin besar dan semakin aktif. Pada gambar menunjukkan kebutuhan energi yang dipenuhi oleh ASI jika ibu memberikan ASI secara rutin. Mulai dari 6 bulan terdapat kesenjangan antara total energi yang dibutuhkan dan energi yang dihasilkan oleh ASI. Kesenjangan tersebut semakin besar seiring bertumbuhnya Si kecil.

Selain kandungan energi, kebutuhan mikronutrien seperti zat besi dapat dilihat di gambar berikut:



Sumber: WHO, 2000

Gambar 2.2 Kebutuhan Mikronutrien

Dapat terlihat bahwa semakin bertambah usia bayi, kebutuhan zat besi akan semakin menurun. Kesenjangan antara kebutuhan zat besi bayi dan zat besi yang dapat dipenuhi oleh ASI harus dapat dipenuhi oleh MPASI. Bayi yang lahir cukup bulan biasanya terlahir dengan cadangan zat besi yang cukup untuk memenuhi kesenjangan zat besi hingga berusia 6 bulan, tapi setelah 6 bulan, cadangan zat besi sudah habis. Ini berarti MPASI harus mampu menyediakan zat besi yang memenuhi kesenjangan zat besi sejak berusia 6 bulan. Jika kesenjangan ini tidak terpenuhi, bayi akan mengalami defisiensi zat besi yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan bayi.

- 2) Adekuat artinya MPASI yang diberikan harus mengandung zat gizi yang lengkap dan seimbang, dapat memenuhi kebutuhan zat gizi makro seperti karbohidrat, lemak dan protein serta mikronutrien seperti vitamin dan mineral. Secara kualitas, MPASI yang adekuat harus mengandung:
 - a. Karbohidrat berperan sebagai sumber energi utama dan diperlukan sekitar 40-60% kebutuhan energi total. Bahan makanan sumber karbohidrat untuk bayi antara lain beras putih, jagung, kentang, gandum, ubi, singkong, dan pasta. Tidak hanya sebagai sumber energi, sebenarnya karbohidrat dalam MPASI sekaligus membantu pengolahan protein dan lemak yang dicerna oleh anak. Sesuai ketentuan Kementerian Kesehatan RI pada Angka Kecukupan Gizi (AKG), ada perbedaan kebutuhan karbohidrat pada anak berdasarkan usianya. Usia 7-11 bulan, karbohidrat harian yang harus dipenuhi sebesar 82 gram. Lalu, 12-24 bulan sebesar 155 gram karbohidrat per hari. Sebagai langkah awal kita bisa mulai kenalkan nasi yang diolah menjadi bubur. Data Komposisi Pangan dari Kementerian

Kesehatan RI menyebutkan, dalam 100 gram nasi mengandung 39,8 gram karbohidrat. Seiring bertambahnya usia, GenBest bisa mulai mengenalkan nasi dan kentang yang telah diolah lebih lembut.

- b. Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan regenerasi sel. Protein diperlukan sebesar 9,1-13,5 gram/hari pada usia bayi 0-12 bulan. Bahan makanan sumber protein antara lain ayam, daging merah, ikan, telur, tahu, tempe dan kacang-kacangan. Protein hewani dan nabati dalam MPASI berfungsi untuk memaksimalkan tumbuh kembang anak. Sesuai anjuran AKG pada Kementerian Kesehatan RI, setiap anak harus memenuhi kebutuhan protein hariannya. Untuk usia 7-11 bulan yaitu 18 gram protein, dan 12-24 bulan 28 gram protein.
- c. Lemak berfungsi sebagai cadangan energi dan komponen utama membran sel. Kebutuhan lemak sekitar 20-30% kebutuhan energi total. Asam lemak esensial sangat diperlukan untuk perkembangan otak, respon kekebalan tubuh dan sebagai pengontrol peradangan. Contoh dari asam lemak esensial ini adalah omega-3 dan omega-6. Bahan makan sumber asam lemak esensial antara lain ikan tuna, ikan salmon, ikan makarel, ikan sarden, telur, alpukat, flaxseed, chiseed, dan minyak canola. Pada periode emas pertumbuhan anak, lemak adalah nutrisi yang juga harus dipenuhi. Berdasar AKG Kementerian Kesehatan RI, kebutuhan lemak anak usia 7-11 sebesar 36 gram/hari. Sedangkan untuk usia 12-24 bulan sebesar 44 gram/hari. Contoh sumber lemak yang baik adalah dari ikan salmon. Kandungan lemak tak jenuh atau asam lemak omega 3 dalam salmon dapat membantu meningkatkan perkembangan fungsi otak anak. Sumber lemak juga bisa didapatkan dari alpukat. Kandungan lemak tak jenuh dalam alpukat sangat baik untuk kesehatan jantung anak.
- d. Sayur dan buah mengandung banyak serat yang dapat menghambat penyerapan zat gizi penting lainnya pada bayi sehingga pada masa MPAsi, sayuran dan buah sifatnya hanya diperkenalkan dengan

jumlah tidak terlalu banyak. Buah dan sayuran cukup diberikan sebanyak 200–400 gram per hari. Jika dikonsumsi secara berlebihan, dikhawatirkan serat di dalam buah dan sayur justru dapat menyebabkan gangguan pencernaan pada bayi, seperti sembelit.

3) Aman dalam proses pembuatan dan pemberian MPASI harus memperhatikan kebersihan untuk menghindari kontaminasi bakteri yang dapat menyebabkan diare dan penyakit pencernaan lainnya. Pembuatan MPASI harus dilakukan dengan cara yang higienis agar dapat menghasilkan MPASI yang aman dikonsumsi. Terdapat 5 kunci untuk menghasilkan makanan yang aman, antara lain (Kemenkes RI, 2020) :

- a) Menjaga kebersihan bahan makanan, peralatan masak dan makan, dapur, serta tenaga pengolah
- b) Menggunakan bahan makanan yang aman dan bermutu
- c) Mengolah bahan makanan sampai matang terutama pangan hewani seperti daging ayam, telur, dan ikan serta menggunakan air yang bersih dan aman
- d) Memisahkan penyimpanan bahan makanan kering dan basah
- e) Menyimpan bahan makanan dan makanan sesuai dalam suhu yang tepat sesuai dengan jenisnya.

4) Tepat Cara Pemberian Mengikuti Prinsip *Responsive Feeding*

Diberikan secara responsif berarti MP-ASI diberikan secara konsisten. Pemberian MP-ASI memenuhi syarat sebagai berikut:

- a) Terjadwal
 - Jadwal makan termasuk makanan selingan teratur dan terencana
 - Lama makan maksimum 30 menit
- b) Lingkungan yang mendukung

- Hindari memaksa meskipun hanya makan 1- 2 suap (perhatikan tanda lapar dan kenyang)
 - Hindari pemberian makan sebagai hadiah
 - Hindari pemberian makan sambil bermain atau nonton televisi
- c) Prosedur makan
- Porsi kecil
 - Jika 15 menit bayi menolak makan, mengemut, hentikan pemberian makan
 - Bayi distimulasi untuk makan sendiri dimulai dengan pemberian makanan selingan yang bisa dipegang sendiri
 - Membersihkan mulut hanya setelah makan selesai

Responsive feeding menurut WHO mencakup:

- a. Pemberian makan langsung kepada bayi oleh pengasuh dan pendampingan untuk anak yang lebih tua yang makan sendiri,
- b. Peka terhadap tanda lapar dan kenyang yang ditunjukkan bayi / batita.
- c. Berikan makanan secara perlahan dan sabar.
- d. Dorong anak untuk makan tanpa adanya paksaan.
- e. Mencoba berbagai kombinasi makanan, rasa, tekstur serta cara agar anak mau bila anak menolak banyak macam makanan.
- f. Sedikit mungkin distraktor selama makan bila anak mudah kehilangan perhatian sewaktu makan.
- g. Waktu makan merupakan periode pembelajaran, pemberian kasih sayang termasuk berbicara kepada anak disertai kontak mata.
- h. Semakin bertambah usia anak semakin bertambah energi yang dibutuhkan dari MP-ASI. Oleh karena itu frekuensi dan jumlah pemberian MP ASI semakin ditingkatkan sesuai dengan usia bayi. Jadwal pemberian MP ASI dapat diberikan menjadi tiga kali makan utama dan makanan selingan dua-tiga kali sehari. Waktu

pemberian makan tidak lebih dari 30 menit. Lingkungan selama pemberian makan juga dibuat menyenangkan dan tidak ada distraksi saat makan seperti mainan, televisi atau perangkat elektronik.

Tabel 2.1 Pemberian Makan Pada Bayi dan Anak Usia 6-24 Bulan

Usia	Jumlah Energi dari Mp-Asi yang Dibutuhkan Per Hari	Tekstur	Frekuensi	Jumlah Setiap Kali Makan
6-8 bulan	200 kkal	Mulai dengan bubur kental, makanan lumat	2-3 kali setiap hari. 1-2 kali selingan dapat diberikan	Mulai dengan 2-3 sendok makan setiap kali makan, tingkatkan bertahap hingga $\frac{1}{2}$ mangkuk berukuran 125 ml
9-11 Bulan	300 kkal	Makanan yang dicincang halus dan makanan yang dapat dipegang bayi	3-4 kali setiap hari 1-2 kali selingan dapat diberikan	$\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ Mangkuk ukuran 250 ml (125 – 200 ml)
12-24 Bulan	550 kkal	Makanan keluarga	3-4 kali setiap hari 1-2 kali Selingan dapat diberikan	$\frac{3}{4}$ - 1 mangkuk ukuran 250 ml

(Sumber: WHO, 2009; WHO, 2010; WHO/PAHO, 2003; UNICEF, 2013 dalam Kemenkes RI, 2020)

d. Melanjutkan Pemberian ASI Sampai Umur 2 Tahun

Air susu ibu atau ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan/minuman tambahan atau pengganti kepada bayi hingga berusia 6 bulan. ASI telah memiliki kandungan gizi yang dibutuhkan bayi sampai

umurnya 6 bulan. Karena itulah tidak dibutuhkan sumber asupan lain selama periode itu selama ASI yang dihasilkan berkualitas.

Setelah melahirkan, ibu disarankan untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi hingga berusia 6 bulan. Memasuki usia 6 bulan, bayi biasanya mulai dikenalkan dengan MPASI, namun pemberian ASI tetap disarankan setidaknya sampai bayi berusia 24 bulan untuk membantu memenuhi nutrisi bayi. *Extended breastfeeding* adalah upaya Menyusui lebih dari waktu yang disarankan. Pada negara-negara tertentu, Menyusui lebih dari 12 bulan dapat dianggap sebagai *extended breastfeeding*. Namun, di Indonesia, disebut *extended breastfeeding* jika Menyusui lebih dari 24 bulan

Pemberian ASI hingga usia bayi 2 tahun justru banyak memberikan manfaat. Bahkan manfaat ini tidak hanya bisa didapatkan oleh bayi, tapi juga ibu. Berikut ini manfaat pemberian ASI sejak lahir hingga usia 2 tahun:

1. Memberikan nutrisi kepada bayi

ASI selalu mengandung banyak nutrisi yang dibutuhkan bayi. Misalnya protein, kalsium, dan vitamin.

2. Meningkatkan sistem imun

Bayi yang mendapat ASI eksklusif lebih jarang sakit dan tingkat mortalitasnya rendah. Sistem imun bayi akan kian meningkat jika lebih lama mendapat ASI hingga usia 2 tahun atau lebih.

3. Meningkatkan perkembangan otak

Kandungan nutrisi dalam ASI membantu perkembangan otak bayi. Proses Menyusui juga punya andil, misalnya ketika bayi Menyusui dalam posisi berbeda sehingga mereka tidak terpacu pada posisi yang sama seperti ketika meminum susu dari botol.

4. Ibu jadi lebih sehat

Ibu yang memberikan ASI eksklusif lebih kecil risikonya mengalami kanker payudara. Risiko penyakit kanker lain juga lebih kecil, seperti kanker endometrial dan ovarian.

5. Menenangkan bayi dan ibu

Baik ibu maupun bayi bisa lebih tenang dalam proses Menyusui hingga

usia 2 tahun. Sebab, ada jalinan batin dalam proses itu. Ibu terutama bisa lebih tenang dan nyaman, misalnya setelah capek pulang kerja.

2.2 Status Gizi anak usia 6-24 bulan

Pada masa ini anak memerlukan asupan zat gizi seimbang baik dari segi jumlah, maupun kualitasnya untuk mencapai berat dan tinggi badan yang optimal (Kemenkes RI, 2018). Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dari makanan dengan kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk metabolisme tubuh. Setiap individu membutuhkan asupan zat gizi yang berbeda antarindividu, hal ini tergantung pada usia orang tersebut, jenis kelamin, aktivitas tubuh dalam sehari, dan berat badan (Par'I, Holil M. dkk, 2017).

Kejadian Stunting pada Anak adalah keadaan gizi anak anak usia 6-24 bulan umur 0-24 bulan yang ditentukan dengan metode Antropometri, berdasarkan indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB). Berat Badan Menurut Umur adalah berat badan anak yang dicapai pada umur tertentu, Tinggi Badan Menurut Umur adalah tinggi badan anak yang dicapai pada umur tertentu. Berat Badan Menurut Tinggi Badan adalah berat badan anak dibandingkan dengan tinggi badan yang dicapai. Ketiga nilai indeks status gizi diatas dibandingkan dengan baku pertumbuhan WHO. Z-score adalah nilai simpangan BB atau TB dari nilai BB atau TB normal menurut baku pertumbuhan WHO. Batasan untuk kategori Kejadian Stunting pada Anak menurut indeks BB/U, TB/U, BB/TB menurut WHO (Izwardi, 2018).

Salah satu kelompok umur dalam masyarakat yang paling mudah menderita kelainan gizi (rentan gizi) adalah anak anak usia 6-24 bulan (bawah lima tahun). Pada anak anak usia 6-24 bulan terjadi proses pertumbuhan yang pesat, sehingga memerlukan zat gizi tinggi untuk setiap kilogram berat badannya. Anak anak usia 6-24 bulan justru paling sering menderita akibat kekurangan gizi. Sedangkan masa anak usia 6-24 bulan ini merupakan periode penting dalam pertumbuhan, dimana pertumbuhan dasar yang

berlangsung pada masa anak usia 6-24 bulan akan menentukan perkembangan anak selanjutnya. (Cairunnisa, 2011).

Status gizi anak usia bawah lima tahun merupakan indikator kesehatan publik yang secara internasional dikenal untuk memonitor kesehatan dan status gizi penduduk. Ada tiga indikator status gizi anak usia 6-24 bulan antara lain berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Berdasarkan BB/U, TB/U, dan BB/TB dan baku antropometri WHO tahun 2006, ditetapkan sebagai status gizi anak (LPEM FEUI, 2009). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menetapkan kategori dan ambang batas yang dapat digunakan untuk menentukan status gizi anak berdasarkan indeks, sebagai berikut :

Tabel 2.2 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Umur 0-60 bulan	Berat Badan Sangat Kurang (<i>Severly Underweight</i>)	< -3 SD
	Berat Badan Kurang (<i>Underweight</i>)	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Berat Badan Normal	-2 SD sampai dengan +1 SD
	Risiko Berat Badan Lebih	> +1 SD
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak Umur 0-60 bulan	Sangat Pendek (<i>Severly Stunted</i>)	< -3 SD
	Pendek (<i>Stunted</i>)	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan	Gizi Buruk (<i>Severely</i>)	< -3 SD

menurut Panjang Badan (BB/PB) atau Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) Anak Umur 0-60 bulan	<i>Wasted</i>	
	Gizi Kurang (<i>Wasted</i>)	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik (Normal)	-2 SD sampai dengan +1 SD
	Berisiko Gizi Lebih (<i>Possible Risk of Overweight</i>)	> +1 SD sampai dengan +2 SD
	Gizi Lebih (<i>Overweight</i>)	> + 2 SD sampai dengan + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur(IMT/U) Anak Umur 0-60 Bulan	Obesitas (<i>Obese</i>)	> + 3 SD
	Gizi Buruk (Severely Wasted)	< -3 SD
	Gizi Kurang (<i>Wasted</i>)	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik (Normal)	-2 SD sampai dengan +1 SD
	Berisiko Gizi Lebih (<i>Possible Risk of Overweight</i>)	> + 1 SD sampai dengan + 2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur(IMT/U) Anak Umur 5-18 Tahun	Gizi Lebih (<i>Overweight</i>)	> + 2 SD sd +3 SD
	Obesitas (<i>Obese</i>)	> + 3 SD
	Gizi Buruk (Severely Wasted)	< -3 SD
	Gizi Kurang (<i>Wasted</i>)	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik (Normal)	-2 SD sampai dengan +1 SD
	Gizi Lebih (<i>Overweight</i>)	+1 SD sampai dengan +2 SD
	Obesitas (<i>Obese</i>)	> +2 SD

Sumber : Kemenkes RI, 2020

Status gizi berpengaruh pada kesehatan anak usia 6-24 bulan. Apabila anak usia 6-24 bulan mengalami gizi buruk, maka dia akan lebih rentan terkena penyakit. Hal ini dikarenakan menurunnya daya tahan tubuh, pertumbuhan dan perkembangan yang tidak optimal, sampai pada kematian

yang akan menurunkan kualitas generasi muda mendatang (Krisnansari, 2010).

2.3 Metode Penilaian Status Gizi

Menurut (Supariasa, 2017), penilaian status gizi dapat dilakukan dengan beberapa pendekatan yaitu penilaian status gizi secara langsung maupun tidak langsung.

1. Secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi 4 (empat) penilaian yaitu : antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik

e. Antropometri

(1) Pengertian

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi.

(2) Jenis parameter

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter. Parameter adalah ukuran tunggal dari tubuh manusia, antara lain umur, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar pinggul dan tebal lemak di bawah kulit.

(3) Indeks Antropometri

a) Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran masa tubuh. Masa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, penurunan nafsu makan, atau jumlah yang dikonsumsi. Berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal, yaitu ketika keadaan kesehatan baik dan

keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan zat gizi terjamin, berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur.

b) Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan parameter antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan pertambahan umur.

c) Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (sekarang). Indeks BB/TB adalah indeks yang independen terhadap umur.

d) Lingkar Lengan Atas Menurut Umur (LILA/U)

Lingkar lengan atas memberikan gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. Lingkar lengan atas berkorelasi dengan indeks BB/U dan BB/TB. Lingkar lengan atas merupakan parameter antropometri yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh tenaga yang bukan profesional. Kader posyandu dapat melakukan pengukuran ini.

f. Pemeriksaan Klinis

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi terkait ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (superficial epithelial tissues) seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti

kelenjar tiroid. Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat (rapid clinical surveys). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Selain itu, metode ini digunakan untuk mengetahui tingkat status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan fisik, yaitu tanda (sign) dan gejala (symptom) atau riwayat penyakit.

g. **Penilaian Status Gizi Secara Biokimia**

Penilaian status gizi dengan biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratorium yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain : darah, urine, tinja, dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot. Metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penemuan kimia faal dapat lebih banyak menolong untuk menentukan diagnosis atau kekurangan/kelebihan gizi yang spesifik.

h. **Penilaian Status Gizi Secara Biofisik**

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur jaringan.

2. **Secara Tidak Langsung**

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi menjadi 3 (tiga) yaitu : survey konsumsi makanan, statistic vital dan faktor ekologi.

2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

a. **Faktor langsung**

1) **Asupan Gizi**

Asupan zat gizi sangat dibutuhkan oleh anak selama proses

pertumbuhan yang berlanjut, karena proses pertumbuhan dipengaruhi oleh makanan yang diberikan pada anak. Makanan yang diberikan harus sesuai dengan baik jenis, jumlah, dan kandungannya. Status gizi anak baik terjadi karena tubuh memperoleh cukup zat-zat gizi yang digunakan secara efisien, sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja, dan kesehatan akan berada pada tingkat setinggi mungkin (Almatsier, 2016).

2) ASI eksklusif

Masalah-masalah terkait praktik pemberian ASI meliputi delayed initiation, tidak menerapkan ASI eksklusif, dan penghentian dini konsumsi ASI. ASI eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI tanpa suplementasi makanan maupun minuman lain, baik berupa air putih, jus, ataupun susu selain ASI. IDAI merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama untuk mencapai tumbuh kembang optimal. Setelah enam bulan, bayi mendapat makanan pendamping yang adekuat sedangkan ASI dilanjutkan sampai usia 24 bulan (Rahayu, dkk., 2018). Menyusui yang berkelanjutan selama dua tahun memberikan kontribusi signifikan terhadap asupan nutrisi penting pada bayi (Fikawati, 2010). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Sampe, dkk., 2020) anak usia 6-24 bulan yang tidak diberikan ASI eksklusif berpeluang 61 kali lipat mengalami stunting dibandingkan anak usia 6-24 bulan yang diberi ASI eksklusif. Anak usia 6-24 bulan yang tidak diberikan ASI eksklusif memiliki peluang 98% untuk mengalami stunting. Larasati (2018) menyatakan bahwa ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting. Stunting berpeluang 3,306 kali pada anak usia 6-24 bulan yang tidak mendapatkan ASI eksklusif dibanding anak usia 6-24 bulan yang mendapat ASI eksklusif.

3) Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi merupakan penyakit yang menyerang anak usia 6-24 bulan secara langsung. Penyakit infeksi yang terjadi pada anak usia 6-24 bulan akan menyebabkan tubuh anak usia 6-24 bulan tidak mampu mencerna dan menyerap makanan secara sempurna (M. Puspitasari & Herdiani, 2021). Penyakit infeksi ini juga akan membuat anak kehilangan zat gizi yang akan ditandai dengan asupan makan menurun, zat gizi di dalam tubuh akan berkurang sehingga dapat membuat status gizi anak usia 6-24 bulan menjadi kurang baik (Tiara Carolin et al., 2020). Penyakit infeksi yang diderita bayi akan menyebabkan berat badan bayi menurun, jika kondisi tersebut terjadi dan tidak diimbangi dengan pemberian asupan yang cukup untuk proses penyembuhan akan menyebabkan stunting (Kemenkes RI, 2018).

b. Faktor Tidak Langsung

1) Pola Asuh

Pola asuh merupakan perilaku ibu dalam mengasuh anak usia 6-24 bulannya. Perilaku sendiri dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap. Dengan pengetahuan yang baik nantinya akan menciptakan sikap yang baik, selanjutnya apabila sikap tersebut dinilai sesuai, maka nanti nya akan muncul perilaku yang baik pula (Notoatmodjo, 2002). Ibu dengan pola asuh yang baik akan memiliki anak usia 6-24 bulan dengan status gizi yang baik, sedangkan seorang ibu dengan pola asuh yang kurang baik akan memiliki anak usia 6-24 bulan dengan status gizi yang kurang baik (Ni'mah & Muniroh, 2015).

2) Tingkat pendapatan

Masalah gizi merupakan masalah yang multidimensional karena dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait. Faktor ekonomi (pendapatan) misalnya, akan terkait dengan kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan pangannya sehingga akan terkait pula dengan status gizi secara tidak langsung. Setidaknya, keluarga

dengan pendapatan yang minim akan kurang menjamin ketersediaan jumlah dan keanekaragaman makanan, karena dengan uang yang terbatas itu biasanya keluarga tersebut tidak dapat mempunyai banyak pilihan (Rahayu, dkk., 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Illahi (2017) menyatakan bahwa ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan kejadian stunting anak usia 6-24 bulan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Candra (2013) yang menyatakan bahwa tingkat pendapatan yang rendah merupakan faktor risiko kejadian stunting, dimana keluarga dengan pendapatan rendah memiliki risiko 2,3 kali lebih besar memiliki anak stunting dibanding keluarga dengan pendapatan cukup.

3) Kesehatan Lingkungan

Kesehatan lingkungan yang dimaksud adalah sanitasi yang buruk meliputi akses air bersih yang tidak memadai, penggunaan fasilitas jamban yang tidak sehat, pengelolaan sampah yang buruk, sarana pengelolaan limbah cair yang tidak memadai dan perilaku higiene mencuci tangan yang buruk dapat berkontribusi terhadap peningkatan penyakit infeksi. Kondisi tersebut dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan linear serta dapat meningkatkan angka kematian pada anak usia 6-24 bulan (Kwami, et al., 2019). Faktor sanitasi dan kebersihan lingkungan berpengaruh pula untuk kesehatan ibu hamil dan tumbuh kembang anak, karena anak dibawah lima tahun rentan terhadap berbagai infeksi dan penyakit. Infeksi tersebut, disebabkan oleh praktik sanitasi dan kebersihan yang kurang baik, membuat gizi sulit diserap oleh tubuh. Rendahnya sanitasi dan kebersihan lingkungan pun memicu gangguan saluran pencernaan, yang membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan kepada perlawanan tubuh terhadap infeksi (Niga & Purnomo, 2016).

2.5 Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi adalah jenis penyakit yang ditandai dengan munculnya gejala dan tanda-tanda medis yang khas, akibat adanya infeksi dari agen biologis yang menyerang tubuh seseorang. Dalam beberapa kasus, penyakit ini bisa berlangsung dalam jangka waktu yang lama. Agen penyebab infeksi (patogen) bisa berupa virus, bakteri, jamur, protozoa, parasit bersel banyak, atau protein abnormal yang disebut virion. Patogen inilah yang menjadi penyebab utama terjadinya wabah penyakit, karena tanpa patogen, wabah infeksi tidak akan muncul. Penularan patogen dapat terjadi melalui berbagai cara, seperti kontak langsung dengan orang sakit, mengonsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi, melalui cairan tubuh, menyentuh benda yang terpapar, menghirup udara yang tercemar, atau lewat gigitan serangga pembawa penyakit (vektor). Beberapa penyakit infeksi yang sangat mudah menyebar sering disebut penyakit menular karena dapat berpindah dengan cepat dari satu orang ke orang lain. Beberapa penyakit infeksi yang ada di fasilitas kesehatan antara lain:

1. Tuberkulosis

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Umumnya, bakteri ini menyerang paru-paru, namun dalam beberapa kasus bisa menyebar ke organ lain seperti ginjal, tulang, atau otak. Tidak semua orang yang terinfeksi bakteri TBC akan langsung jatuh sakit. Jika sistem kekebalan tubuh cukup kuat, bakteri bisa dikendalikan dan tidak berkembang, kondisi ini disebut TBC laten. Orang dengan TBC laten tidak menunjukkan gejala dan tidak menularkan penyakit. Namun, jika daya tahan tubuh melemah, bakteri bisa menjadi aktif dan menyebabkan TBC. Banyak orang tidak menyadari bahwa mereka terinfeksi karena tubuh mereka mampu menahan bakteri tanpa gejala. Orang dengan sistem kekebalan lemah seperti penderita HIV, penyakit kronis, pecandu alkohol, atau mereka yang sudah lama terinfeksi memiliki risiko lebih tinggi untuk jatuh sakit. Gejala TBC aktif antara lain batuk berkepanjangan (lebih dari dua

minggu), kadang berdarah atau berdahak, nyeri dada, kelelahan, penurunan berat badan, hilang nafsu makan, demam, menggigil, dan keringat malam.

2. *Human Immunodeficiency Virus*

Virus HIV sebenarnya mirip seperti virus flu karena sama-sama menyerang tubuh. Namun, jika virus flu bisa dilawan dan disembuhkan oleh sistem kekebalan tubuh, berbeda dengan HIV yang tidak bisa dibasmi oleh sistem imun. Karena itu, virus HIV akan tetap berada dalam tubuh penderitanya seumur hidup. Virus ini menyerang bagian penting dari sistem kekebalan tubuh, yaitu sel T dan sel CD4, yang berfungsi melawan infeksi dan penyakit. Pada kasus HIV, virus justru merusak sel-sel ini dengan cara menggandakan dirinya di dalam sel tersebut, lalu menghancurkannya. Ketika jumlah sel CD4 semakin menurun, tubuh tidak lagi mampu melawan HIV, dan infeksi berkembang menjadi AIDS. Beberapa minggu setelah terinfeksi, biasanya dalam 2–4 minggu, penderita akan merasakan gejala mirip flu berat yang dikenal sebagai Acute Retroviral Syndrome (ARS), sebagai reaksi awal sistem imun terhadap HIV. Gejala yang muncul bisa berupa demam, sakit tenggorokan, kelelahan, nyeri otot dan sendi, serta sakit kepala. Setelah itu, penderita masuk ke tahap laten, di mana gejala tidak muncul atau hanya sangat ringan. Pada fase ini, HIV tetap ada di dalam tubuh dan perlahan berkembang biak. Meskipun tampak sehat, orang dengan HIV tetap bisa menularkan virusnya. Fase ini bisa berlangsung selama bertahun-tahun. Jika tidak ditangani, infeksi HIV akan berkembang menjadi AIDS. Pada tahap ini, muncul gejala seperti penurunan berat badan drastis, demam yang tidak kunjung sembuh, banyak berkeringat di malam hari, kelelahan berat, pembengkakan kelenjar getah bening (di leher, ketiak, atau selangkangan), diare berkepanjangan, luka di mulut, alat kelamin, atau anus, pneumonia, dan muncul bercak berwarna merah, ungu, atau coklat di kulit atau bagian tubuh lain. Selain itu, penderita juga bisa mengalami gangguan memori, depresi, dan masalah saraf lainnya.

3. Hepatitis C

Virus hepatitis C adalah virus yang menyerang organ hati. Penyakit ini bisa muncul sebagai komplikasi dari jenis hepatitis lain, sirosis, kanker hati, atau setelah menjalani transplantasi hati. Virus hepatitis C termasuk dalam keluarga virus *Flaviviridae*, yang namanya berasal dari kata Latin *flavus*, yang berarti kuning. Semua virus dari famili ini dapat membuat penyakit jaundice yaitu penyakit kuning. Virus hepatitis C tidak menghancurkan sel hepatosit dari organ hati. Tetapi seperti penyakit periodontitis, kerusakan yang ditimbulkan oleh virus hepatitis C adalah peradangan akibat dari reaksi sistem imun tubuh yang diserangnya. Infeksi oleh VHC dapat diidentifikasi dengan memeriksa antibodi yang dibentuk tubuh terhadap VHC bila virus ini menginfeksi dan memeriksa partikel virus dengan pemeriksaan molekuler. Tidak seperti hepatitis B, pemeriksaan konvensional untuk mendeteksi antigen VHC tidak tersedia. Diagnosis infeksi VHC membutuhkan pemeriksaan baik antibodi (anti-VHC) maupun VHC RNA. Pemeriksaan ini ditandai dengan peningkatan ALT dan durasinya karena berguna untuk mengetahui kadar virus dalam darah. Setelah paparan akut, VHC RNA biasanya terdeteksi dalam serum sebelum antibodi. VHC RNA dapat diidentifikasi paling cepat dua minggu setelah paparan, sedangkan anti-VHC biasanya tidak terdeteksi sebelum minggu ke 8 sampai 12. Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah dengan pemeriksaan EnzymeLinked Immunosorbent Assay (ELISA) dan Recombinant Immuno Blot Assay (RIBA). Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan adalah Polymerase Chain Reaction (PCR). Pemeriksaan ini mendeteksi sejumlah kecil zat genetik dari virus hepatitis C.

2.6 Status Imunisasi

Imunisasi adalah cara untuk membentuk kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukkan zat tertentu ke dalam tubuh, agar tubuh bisa melawan penyakit yang berbahaya atau mudah menular. Imunisasi

merupakan salah satu upaya manusia yang tidak akan berkesudahan. Upaya ini pada dasarnya, merupakan naluri bertahan umat manusia dari ancaman penyakit yang setiap hari mengancam kita.(Achmadi, 2006).

Imunisasi merupakan suatu proses atau upaya memberikan kekebalan pada tubuh seseorang untuk melawan penyakit infeksi. Pemberian imunisasi biasanya dalam bentuk vaksin. Vaksin bekerja dengan merangsang tubuh agar membentuk sistem kekebalan yang mampu melawan infeksi atau penyakit. Saat seseorang diberi vaksin atau imunisasi, tubuh akan dikenalkan dengan virus atau bakteri yang sudah dilemahkan atau dimatikan dalam jumlah kecil dan aman. Setelah itu, sistem imun akan mengenali dan mengingat virus atau bakteri tersebut, sehingga jika di kemudian hari tubuh terpapar kembali, sistem kekebalan sudah siap untuk melawannya (Immunization,2010, Wiyogowati,2012).

Jenis-Jenis Vaksin Imunisasi Dasar Dalam Program Imunisasi :

- 1) Vaksin BCG (Bacillus Calmette Guérin) diberikan pada umur sebelum 3 bulan. Namun untuk mencapai cakupan yang lebih luas, Departemen Kesehatan Mengajukan pemberian BCG pada umur antara 0-12 bulan.
- 2) Hepatitis B diberikan segera setelah lahir, mengingat vaksinasi hepatitis B merupakan upaya pencegahan yang sangat efektif untuk memutuskan rantai penularan melalui transmisi maternal dari ibu pada bayinya.
- 3) DPT (Difteri Pertusis Tetanus) diberikan 3 kali sejak umur 2 bulan (DPT tidak boleh diberikan sebelum umur 6 minggu) dengan interval 4-8 minggu.
- 4) Polio diberikan segera setelah lahir sesuai pedoman program pengembangan imunisasi (PPI) sebagai tambahan untuk mendapatkan cakupan yang tinggi.
- 5) Campak rutin dianjurkan dalam satu dosis 0,5 ml secara sub-kutan dalam, pada umur 9 bulan.

Tabel 2.3 Pemberian Imunisasi Sesuai dengan Umur

Umur (bulan)	Jenis
--------------	-------

0	Hepatitis B0
1	BCG, Polio 1
2	DPT-HB-Hib 1, Polio 2
3	DPT-HB-Hib 2, Polio 3
4	DPT-HB-Hib 3, Polio 4
9	Campak

Menurut perkiraan WHO, lebih dari 12 juta anakberusia kurang dari 5 tahun yang meninggal setiaptahun, sekitar 2 juta disebabkan oleh penyakit yangdapat dicegah dengan imunisasi. Serangan penyakit tersebut akibat status imunisasi dasaryang tidak lengkap pada sekitar 20% anak (Asri,2012). Proporsi anak yang tidak diberi imunisasi dasar lengkap memiliki status gizi stunting lebih banyak yaitu sebesar 50% dibandingkan dengan anak yang diberi imunisasi dasar lengkap yaitu 35,2% (Diafrilia,dkk. 2014).

2.7 Penelitian Terdahulu

No	Judul	Peneliti	Variabel	Metode	Hasil
1.	Analisis Determinan Anak usia 6-24 bulan Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Sebangka	Emelia Agustina Mila, Elly Trisnawati, Otik Widyastutik Jurnal Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia, Vol. 5. No. 1, Januari	Variabel tinggi badan ibu, variabel riwayat antenatal care, variabel usia ibu hamil, variabel penyakit infeksi, variabel frekuensi ASI, variabel peran tenaga kesehatan, dan	Cross Sectional Study Instrumen: Wawancara dan Observasi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa variabel memiliki hubungan dengan kejadian stunting, yaitu penyakit infeksi (p=0,000; PR=2,250), frekuensi pemberian ASI (p=0,035; PR=2,331), peran tenaga kesehatan (p=0,046; PR=0,622), dan jenis pertolongan saat persalinan

2022. variabel pertolongan persalinan (p=0,004; PR=1,863). Sementara itu, variabel seperti tinggi badan ibu, riwayat pemeriksaan kehamilan (ANC), dan usia ibu saat hamil tidak ditemukan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting.

2.	Determinan Stunting pada Anak usia 6-24 bulan Usia 12-59 Bulan di Puskesmas Bojongsari Kota Depok	Ayu Wulansari, Astrid Novita dan Herjanti Jurnal Kebidanan Indonesia, Vol. 01, No. 02, November 2021	Variabel Independen: berat badan lahir, ASI eksklusif, status imunisasi, dan pemberian makan bayi dan anak Variabel Dependen: Kejadian Stunting	Cross Sectional Study Instrumen: Kuisioner	Berdasarkan hasil uji statistik Chi-square, didapatkan bahwa variabel berat badan lahir (p-value = 0,027), pemberian ASI eksklusif (p-value = 0,038), status imunisasi (p-value = 0,036), dan praktik pemberian makan bayi dan anak (p-value = 0,000) memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting. Artinya, keempat faktor tersebut berkaitan dengan
----	---	--	---	--	---

kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan dan 12–59 bulan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Bojongsari, Kota Depok, pada tahun 2021.

3	Analisis Faktor Determinan Kejadian Stunting Pada Anak usia 6-24 bulan Usia 0 – 59 Bulan Di Jakarta Selatan Tahun 2022	Mega Damayanti Putri, Retno Mardhiati dan Helda Khusun Jurnal Mahasiswa BK An-Nur : Berbeda, Bermakna, Mulia, Vol. 10, No. 1 Tahun 2024.	Variabel penelitian: pendidikan ibu, pengetahuan ibu terkait PMBA, gizi seimbang, cara mengelola makanan yang baik, PHBS, riwayat ibu anemia, KEK, tingkat pendapatan, BBLR, Panjang badan, riwayat penyakit infeksi, ASI eksklusif, asupan gizi seimbang,	Observasi Analitik Instrumen: data sekunder dari kegiatan Grebek stunting	Hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa faktor memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan hingga 0–59 bulan di wilayah Jakarta Selatan. Faktor-faktor tersebut meliputi pendidikan ibu, pengetahuan ibu tentang cara mengolah makanan dengan baik, riwayat ibu hamil dengan kekurangan energi kronik (KEK), tingkat pendapatan, riwayat bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR),
---	--	---	--	---	--

			PMBA, kecukupan energi, protein, lemak dan karbohidrat, sanitasi, sumber air minum dan masak, jamban sehat, perilaku cuci tangan, serta keluarga anak usia 6-24 bulan merokok		panjang badan saat lahir, riwayat penyakit infeksi, pemberian ASI eksklusif, kecukupan asupan energi, protein, lemak, karbohidrat, serta perilaku cuci tangan pakai sabun (CPTS). Dari semua faktor tersebut, yang paling berpengaruh terhadap kejadian stunting adalah riwayat panjang badan saat lahir
4	Prevalensi dan faktor risiko stunting pada anak-anak usia 6-24 bulan usia 0- 59 bulan	Suhartati Surbakti, Myrnawati Crie Handini, Johansen Hutajulu, Otniel Ketaren, Rinawati Sembiring, Toni Wandra, Donal Nababan Jurnal Prima Medika Sains, Vol. 5,	Variabel Independen yaitu berat badan lahir rendah, riwayat pemberian ASI eksklusif, jarak kelahiran, tinggi badan. Variabel Dependen adalah kejadian	Studi case control. Instrumen: Kuisisioner	Hasil penelitian melaporkan bahwa kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan berkorelasi kuat dengan riwayat BBLR, pemberian ASI eksklusif, jarak kelahiran, namun tinggi badan ibu tidak berkorelasi signifikan terhadap kejadian stunting. Jarak kelahiran merupakan variabel yang dominan berpengaruh secara

No.1. 2023

stunting

signifikan terhadap kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan ($p=0,004$; $OR=7,94$; CI 95% 1,908-33,074).

5	Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Stunting Pada Anak Anak usia 6-24 bulan Umur 12-59 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Ranto Peureulak Kabupaten Aceh Timur	Rina Zahra, Rahmat Alyakin Dakhi, Frida Lina Tarigan, Mido Ester J. Sitorus. Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol 7, No. 3, Desember 2023.	Variabel Independen: pengetahuan, praktek pemberian MP-ASI, riwayat infeksi, pemberian imunisasi, sumber air bersih, dan sanitasi lingkungan Variabel Dependen: Kejadian Stunting	Cross Sectional Study Instrumen: Kuisisioner	Penelitian ini menunjukkan bahwa semua variabel yang diteliti memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting. Nilai p untuk masing-masing variabel adalah: pengetahuan ($p=0,000$), pemberian ASI eksklusif ($p=0,002$), praktik pemberian MP-ASI ($p=0,000$), riwayat infeksi ($p=0,001$), kelengkapan imunisasi ($p=0,000$), ketersediaan air bersih ($p=0,000$), dan kondisi sanitasi lingkungan ($p=0,000$). Dari seluruh variabel tersebut, sanitasi lingkungan merupakan faktor yang paling
---	---	--	--	--	---

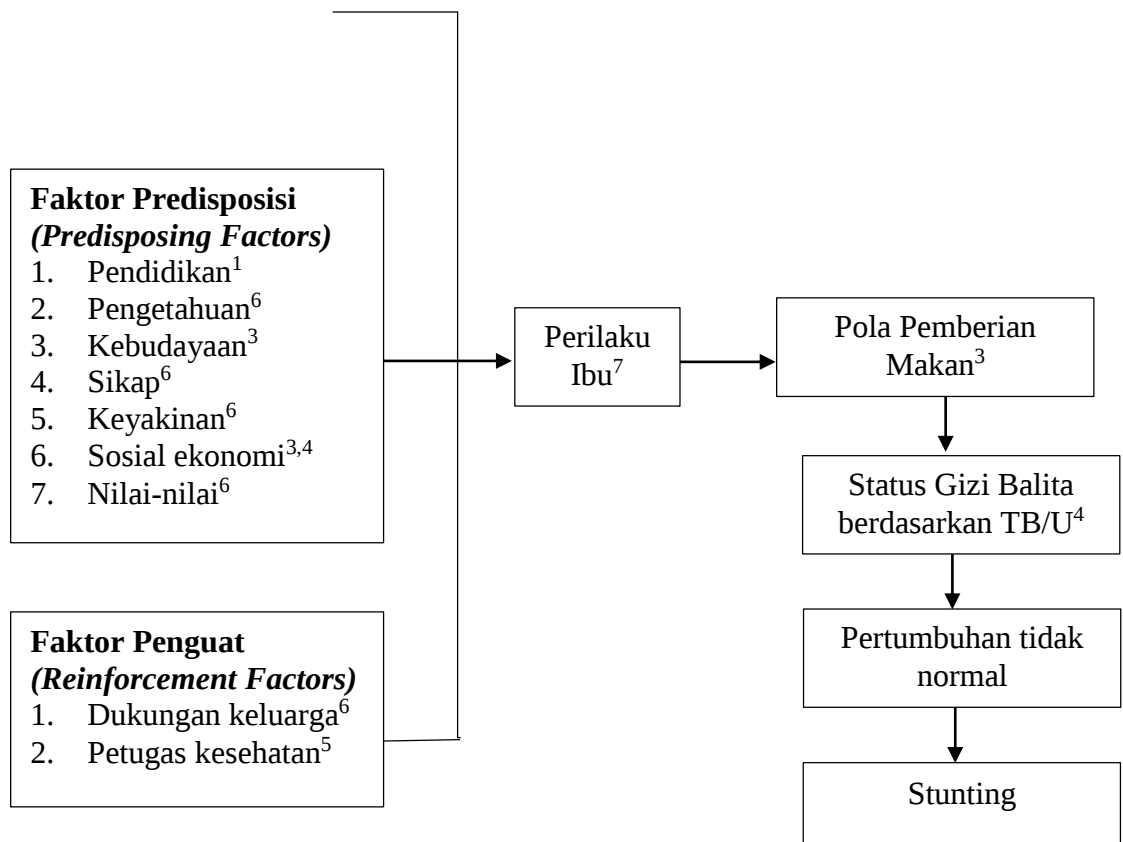
					berpengaruh terhadap kejadian stunting
6	Program Dan Intervensi Pemberian Makan Bayi Dan Anak (PMBA) Dalam Percepatan Penanggulangan Stunting	Sari et al., Media Gizi Indonesia (National Nutrition Journal). 2022.SP(1): 22–30	Variabel Dependen : Percepatan Penanggulangan Stunting Variabel independen : Program Dan Intervensi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)	metode NCP (Nutritional Care Process)	Program Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) di Indonesia masih perlu diperkuat melalui beberapa aspek penting, khususnya intervensi sensitif yang mencakup akses terhadap sumber pangan, pemantauan, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia. Kami menyarankan agar akses pangan untuk kelompok usia sasaran PMBA lebih dijamin, ketahanan pangan keluarga diperkuat, serta pemantauan data terkait MP-ASI ditingkatkan, termasuk jumlah, tekstur, frekuensi makan, kesesuaian dengan usia, keberagaman pangan, dan pemberian ASI hingga

usia dua tahun. Selain itu, diperlukan tambahan tenaga terlatih dalam pelaksanaan PMBA. Untuk mencapai standar emas dalam program PMBA, dukungan dari berbagai sektor sangat diperlukan. Penguatan internal, terutama dalam hal data dan kapasitas tenaga pelaksana, menjadi langkah penting untuk mempercepat upaya penurunan angka stunting di Indonesia

2.8 Kerangka Teori

Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

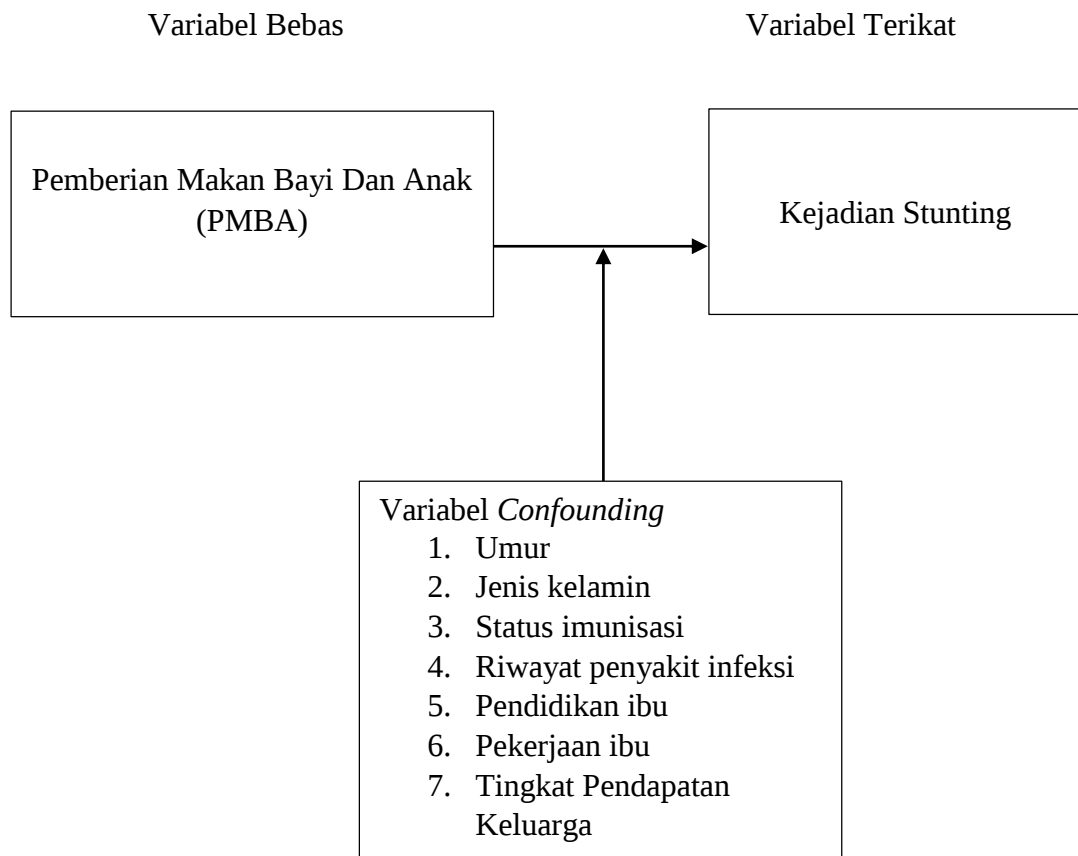
1. Fasilitas Kesehatan⁵
2. Penyakit infeksi²



Gambar 2.3 Kerangka Teori

Sumber : Kerangka Teori Modifikasi dari (Husnaniyah et al., 2020)¹, (Horidah et al., 2023)², (Milda Riski Nirmala Sari & Leersia Yusi Ratnawati, 2018)³, (Kurnia Wardhani et al., 2021)⁴, (Mentari & Susilawati, 2022)⁵, (Mutingah & Rokhaidah, 2021)⁶, (Purnama et al., 2015)⁷

2.9 Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Puskesmas Pegayut Kabupaten Ogan Ilir

2.10 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Stunting (PB/U)	Penilaian mengenai hasil Pengukuran status gizi dengan indikator Tinggi badan menurut umur (TB/U) yang di nyatakan dengan baku z-score. (Kementerian Kesehatan RI, 2020)	Melakukan Pengukuran Panjang Badan anak dengan <i>infantometer</i> dan menginput data ke WHO Anthro	<i>Infantometer</i> (Alat ukur dengan presisi 0,1 cm)	0 = Stunting, apabila Z-score < -2 SD 1 = Tidak Stunting, apabila Z-score $\geq$ -2 SD (Kemenkes, 2020)	Ordinal
2	Inisiasi Menyusui Dini (IMD)	Kegiatan Menyusui dimulai segera setelah lahir, dilakukan dengan cara kontak kulit antara bayi dan ibunya dalam waktu 1 (satu) jam setelah kelahiran dan berlangsung minimal 1 (satu) jam. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dilakukan pada ibu dan bayi dengan kondisi stabil sejak proses persalinan.	Wawancara	kuesioner	0 =Tidak IMD , apabila tidak dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada bayi 1 = IMD, apabila dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada bayi (Kemenkes, 2020)	Ordinal
3	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian ASI saja kepada bayi selama 6 bulan pertama kelahiran tanpa tambahan minuman atau makanan lain	Wawancara	kuesioner	0 =Tidak ASI eksklusif, apabila tidak diberikan ASI saja sampai usia 6 bulan 1 = ASI eksklusif, apabila hanya diberikan ASI saja sampai usia 6 bulan (Kemenkes, 2020)	Ordinal

4	Makanan Pendamping ASI (MP ASI)	Makanan pendamping ASI (MP-ASI) adalah pemberian makan dan cairan lainnya pada bayi yang dilihat dari empat syarat yaitu tepat waktu, jumlah, frekuensi, tekstur, aman dan diberikan dengan cara yang benar	Wawancara	Kuesioner dan Form SQ-FFQ 6 bulan terakhir	0 = Tidak tepat, apabila pemberian MP-ASI tidak memenuhi syarat tepat waktu, jumlah, frekuensi, tekstur, aman, dan diberikan dengan cara yang benar 1 = Tepat, apabila pemberian MP-ASI memenuhi syarat tepat waktu, jumlah, frekuensi, tekstur, aman dan diberikan dengan cara yang benar. (Kemenkes, 2020)	Ordinal
5	Pemberian ASI lanjutan	Pemberian ASI kepada anak sampai anak berusia 2 tahun	Wawancara	Kuesioner	0 =Tidak ASI lanjutan, apabila tidak diberikan ASI lanjutan sampai usia 2 tahun 1 = Ya ASI lanjutan, apabila diberikan ASI lanjutan sampai usia 2 tahun (Kemenkes, 2020)	Ordinal
6	Pemberian Makan Bayi dan Anak	Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) terdiri dari inisiasi Menyusui dini, ASI eksklusif, MP ASI dan ASI Lanjutan	Wawancara	Kuisisioner	0 = Tidak tepat, apabila tidak memenuhi salah satu syarat standar emas (IMD, ASI eksklusif, MP ASI dan ASI Lanjutan) 1 = Tepat, apabila memenuhi syarat standar emas (IMD, ASI eksklusif, MP ASI dan ASI Lanjutan). (Kemenkes, 2020)	Ordinal
7	Riwayat Penyakit Infeksi	Riwayat Penyakit infeksi yang pernah diderita oleh anak dalam kurun waktu 1 bulan terakhir	Wawancara	Kuisisioner	0 = Ada riwayat Penyakit Infeksi	Ordinal

		yang disebabkan oleh agen infeksi, seperti virus, bakteri, jamur, parasit seperti demam, batuk, flu, diare dan ruam kulit			1 = Tidak ada riwayat Penyakit Infeksi (Suryani et al., 2022)	
8	Jenis Kelamin anak	Karakteristik anak yang dibedakan berdasarkan jenis kelamin.	Wawancara	Kuesioner	0. Laki-Laki 1. Perempuan (Putri, 2024)	Nominal
9	Umur anak	Umur anak yang dihitung mulai dari tanggal kelahiran anak sampai dengan Sekarang	Wawancara	Kuesioner	6-24 bulan (Kurnia et al., 2023)	Nominal
10	Pendidikan Terakhir Ibu	Jenjang pendidikan terakhir yang ditamatkan oleh ibu	Wawancara	Kuesioner	0. Rendah (Tidak sekolah, SD, SMP) 1. Tinggi (SMA, PT/Akademi) (Adri et al., 2024)	Ordinal
11	Status Imunisasi	Keadaan kelengkapan imunisasi pada anak sesuai umur saat dilakukan wawancara	Wawancara	Kuesioner	0. Imunisasi Tidak Lengkap 1. Imunisasi Lengkap (Timur et al., 2023)	Ordinal
12	Tingkat Pendapatan Keluarga	Tingkat pendapatan keluarga dilihat dari penghasilan perbulan yang didapatkan	Wawancara	Kuesioner	0. Rendah $\leq$ Rp. 3.404.177 1. Tinggi $>$ Rp.3.404.177 (BPS OI, 2024)	Ordinal

2.11 Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut.
2. Ada hubungan antara penyakit infeksi, jenis kelamin, umur, pendidikan terakhir ibu, tingkat pendapatan, status imunisasi dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan.
3. Ada hubungan antara pola Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) setelah di kontrol oleh penyakit infeksi, jenis kelamin, umur, pendidikan terakhir ibu, tingkat pendapatan, status imunisasi dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Pegayut.

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif menggunakan desain studi *crosssectional*. Desain studi *crosssectional* digunakan karena faktor risiko dan dampaknya dapat diteliti pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2012). Penelitian ini dilakukan hanya pada satu periode tertentu dan pengambilan sampel dilakukan dalam satu waktu saja, tidak ada pengulangan dalam pengambilan sampel data, dimana responden hanya mendapatkan kesempatan satu kali untuk menjadi responden dalam penelitian. Penelitian ini menganalisis data primer untuk mengetahui Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Puskesmas Pegayut. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian stunting. Variabel independen dalam penelitian ini adalah Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

3.2.1 Populasi

Menurut Sugiyono (2015) populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/ subjek/ yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk mempelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan di wilayah kerja puskesmas Pegayut kabupaten Ogan Ilir sebanyak 296.

3.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian kecil dari populasi atau objek yang memiliki karakteristik sama (Najmah, 2015). Menurut Sugiyono (2010), sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel dari penelitian ini adalah anak usia 6-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pegayut. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah individu yang memenuhi syarat untuk dapat terlibat dalam penelitian (Irfannuddin, 2019). Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah anak usia 6-24 bulan yang memiliki buku KIA dan bersedia menjadi responden di wilayah Puskesmas Pegayut.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah individu yang telah masuk kriteria inklusi namun harus dikeluarkan dalam penelitian (Irfannuddin, 2019). anak usia 6-24 bulan yang memiliki kelainan cacat fisik atau sakit sehingga tidak mampu berdiri dan dilakukan pemeriksaan langsung serta bayi yang kembar.

Perhitungan besar sampel minimal dalam penelitian ini yaitu ditentukan menggunakan rumus uji hipotesis beda dua proporsi independen dua kelompok dua sisi (Lameshow) sebagai berikut:

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2))}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

N = Jumlah Sampel

α = Derajat Kemaknaan (*level of significant*) : 0,05

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai distribusi normal pada derajat kemaknaan $\alpha = 0,05$: 1,96

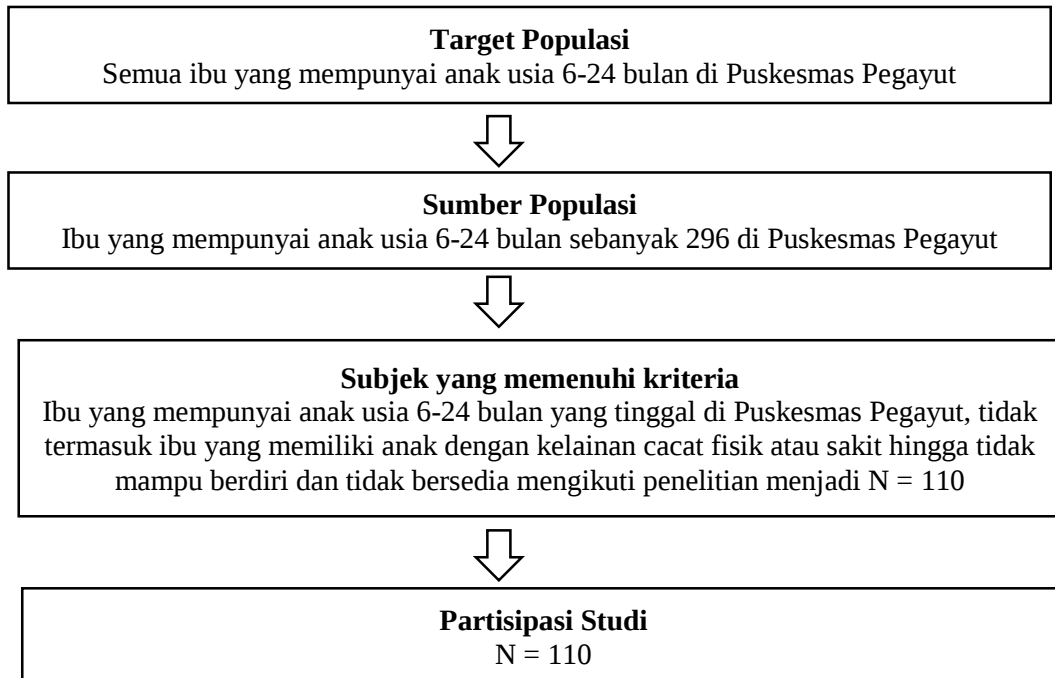
- β = Kesalahan tidak menolak H_0 : 0,20
- $Z_{1-\beta}$ = Nilai distribusi normal pada standar $\beta = 0,20 : 0,84$
- P_1 = Proporsi efek pada kelompok terpajan (ada faktor resiko)
- P_2 = Proporsi efek pada kelompok tidak terpajan (tidak ada faktor resiko)

Menurut rumus perhitungan sampel diatas, maka peneliti dapat memperhitungkan jumlah sampel minimal yang akan digunakan dalam penelitian dengan menggunakan penelitian terdahulu. Penelitian terdahulu yang menjadi penentu penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Hasil Perhitungan Besar Sampel Penelitian Terdahulu

Variabel	P_1	P_2	α	β	n	2n	Sumber
Pemberian Makanan Pendamping Asi	0,65	0,50	95%	80%	50	100	Verla, Awastiszahro, Barirah dan Firdaus; 2023
Pemberian Makanan Bayi Dan Anak (PMBA)	0,18	0,61	95%	80%	40	80	Gustie Siahaan dan Lilis Tasmi, dkk; 2022
Pemberian Makanan Pendamping Asi	0,16	0,55	95%	80%	49	98	Helena, dkk; 2022
Pemberian Makanan Pendamping Asi	0,41	0,89	95%	80%	30	60	Riska Wandini, dkk; 2021

Berdasarkan perhitungan sampel minimal diatas dapat dipilih jumlah sampel dengan jumlah sampel terbesar pada penelitian terdahulu diatas adalah 50 responden. Total keseluruhan sampel yaitu $50 \times 2 = 100$. Untuk mengatasi *drop out* ketika penelitian, maka jumlah sampel ditambah dengan 10% yaitu 10 responden sehingga total sampel dalam penelitian ini adalah 110 responden.



Gambar 3.1 Kerangka Sampel Penelitian

3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan pada penelitian ini adalah menggunakan *Non Probability Sampling* dengan teknik *Accidental Sampling*. Menurut Sugiyono (2014), *Non-Probability Sampling* merupakan teknik pengambilan sampel tidak dipilih secara acak. Unsur populasi yang terpilih menjadi sampel bisa disebabkan karena kebetulan atau karena faktor lain yang sebelumnya sudah direncanakan oleh peneliti. Jenis *Non Probability Sampling* yang digunakan dalam pengambilan sampel penelitian ini adalah *Accidental Sampling* dengan menggunakan kerangka penelitian yang berisi data anak usia 6-24 bulan dari puskesmas. Sampel yang akan diambil dalam penelitian ini adalah anak usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pegayut

3.3 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam mengumpulkan data adalah sebagai berikut :

1. Stadiometer Metrisis

Tinggi badan anak usia 6-24 bulan diukur dengan alat stadiometer merek metrisis dengan ketelitian 0,1 cm dilakukan dengan 3 kali pengulangan dan cara penggunaan sebagai berikut :

- i. Memasang bagian batang stadiometer secara urut sesuai dengan kode gambar yang tertera pada dasar alat. Pasang bagian batang pertama dan kedua, kemudian masukkan bagian penunjuk skala pada batang stadiometer yang kedua, selanjutnya pasang batang stadiometer yang ketiga dan keempat.
- j. Memasang bagian penyangga untuk membantu stadiometer agar tegak lurus membentuk sudut 90° .
- k. Meletakkan stadiometer pada tempat yang datar dan dinding yang lurus.
- l. Subjek yang akan diukur tidak boleh menggunakan topi, sepatu atau sandal. Subjek yang akan diukur berdiri tegak, kaki lurus, tumit pantat, punggung dan kepala bagian belakang harus menempel pada batang stadiometer dan muka menghadap lurus dengan pandangan ke depan.
- m. Turunkan bagian penunjuk skala sampai rapat pada kepala bagian atas, kemudian baca angka yang terlihat pada lubang dalam bagian penunjuk skala di bagian kiri stadiometer. Angka tersebut menunjukkan tinggi subjek yang diukur. Data tinggi badan diolah ke dalam nilai terstandar atau Z-score menggunakan aplikasi WHO anthro. Setelah didapatkan nilai Z-score dari indikator

TB/U ditentukan status gizi anak usia 6-24 bulan dengan batasan sebagai berikut :

Klasifikasi indikator TB/U menurut Kemenkes 2020 :

Sangat pendek : Z-Score < -3 SD

Pendek (Stunted) : Z-Score -3 SD sd < -2 SD

Normal : Z-Score ≥ -2 SD

2. Timbangan Digital Kova

Berat badan diukur dengan menggunakan timbangan digital merek kova yang memiliki ketelitian 0,1 kg. Data berat badan digunakan sebagai berat badan koreksi untuk menghitung angka kecukupan gizi.

3. Lembar Kuesioner Metode *Semi Quantitative Food Frequency Questionnaire*

Semi Quantitative Food frequency Questionnaire (SQ-FFQ) adalah salah satu metode penilaian konsumsi pangan dengan prinsip umum kekerapan konsumsi pangan sebagai faktor risiko munculnya gizi salah. Metode ini digunakan dengan tujuan ingin mengetahui asupan gizi terpilih spesifik dan untuk mengetahui jumlah, jenis dan frekuensi asupan makanan yang dikonsumsi secara spesifik (Sirajuddin et al., 2018). Lembar SQ-FFQ yang digunakan dengan durasi 3 bulan terakhir, berisi jenis pangan protein hewani yang sering dikonsumsi oleh masyarakat Kelurahan Kecamatan Kawalu dengan melakukan survei pendahuluan.

4. Buku Foto Makanan

Buku foto makanan merupakan alat bantu dalam survei konsumsi makanan untuk memperkirakan besar dan berat ukuran makanan atau minuman yang dikonsumsi oleh responden sebagai pengingat karena tergambar porsi sesuai ukuran rumah tangga, buku foto makanan digunakan saat wawancara SQ-FFQ untuk mengetahui asupan protein hewani.

5. Kuesioner

Kuesioner adalah sebuah instrumen penelitian yang digunakan untuk

mengumpulkan informasi dari responden dalam bentuk pertanyaan tertulis. Kuesioner biasanya berisi kumpulan pertanyaan terstruktur atau terbuka yang dirancang untuk menggali opini, pendapat, perilaku, atau karakteristik responden terkait topik atau isu tertentu.

Menurut Sugiyono (2017) yang dikutip dari e-Jurnal milik stei.ac.id, angket atau kuesioner adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab.

3.4 Jenis Data, Cara Pengumpulan Data dan Alat Pengumpulan Data

3.4.1 Jenis Data

Jenis data yang diambil dalam penelitian ini adalah data primer. Data primer adalah data yang diperoleh peneliti melalui pengukuran langsung yang berasal dari subjek penelitian yang berupa antropometri, kuesioner dan formulir SQ-FFQ (Notoatmodjo, 2012). Data primer dalam penelitian ini adalah :

- a. Variabel usia anak usia 6-24 bulan, status infeksi penyakit kronis, status pendidikan ibu, status pekerjaan ibu dan jumlah anak menggunakan alat pengumpulan data berupa kuesioner.
- b. Variabel asupan makanan dan pola makan menggunakan alat pengumpulan data berupa formulir *semi quantitative-food-frequency questionnaire* (SQ-FFQ)
- c. Variabel kejadian stunting juga menggunakan alat pengumpulan data berupa pengukuran status gizi langsung/antropometri.

3.4.2 Cara Pengumpulan Data

3.4.2.1 Data Primer

Cara pengumpulan data primer adalah pengukuran antropometri secara langsung, penyebaran kuesioner dan form SQ-FFQ. Sebelum melakukan pengukuran dan wawancara peneliti terlebih dahulu menjelaskan tentang maksud dan tujuan dari penelitian tersebut. Jika responden

menyatakan kesediaannya untuk diwawancarai maka responden harus menandatangani lembar *informed consent*.

3.4.2.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapat selain dari sampel atau responden. Data ini diperoleh dengan pengajuan surat pengambilan data di Puskesmas Pegayut Kabupaten Ogan Ilir, maupun data pendukung lainnya.

3.4.3 Alat Pengumpulan Data

Pada penelitian ini menggunakan data primer maupun sekunder. Data primer diperoleh dari pengukuran antropometri dan wawancara kepada responden dengan melakukan pengukuran berat badan menggunakan timbangan, tinggi badan menggunakan stadiometer metreretis dan wawancara menggunakan form SQ-FFQ dan form kuisisioner. Data sekunder diperoleh dari analisis data yang menjadi pendukung dari penelitian ini seperti jumlah anak stunting pada wilayah kerja puskesmas di wilayah penelitian.

3.5 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan bagian terpenting dari suatu penelitian, menggunakan *software* pengolahan statistika. Adapun langkah-langkah pengolahan data meliputi :

- a. *Editing*, sebelum masuk kedalam pengolahan data perlu diedit terlebih dahulu, dengan cara memeriksa kelengkapan daftar pertanyaan yang telah diisi oleh responden. Tujuannya untuk mengurangi kesalahan dan kekurangan dari daftar pertanyaan yang diisi oleh responden.
- b. *Skoring*, pemberian skor dilakukan pada pilihan jawaban kuesioner tingkat pola konsumsi makan dan tinggi badan anak.
 - 1) SQ-FFQ pola konsumsi pangan protein hewani : Kategori skor jawaban SQ-FFQ menurut Sirajuddin et al., (2018) yaitu tidak pernah = 0, 2x/bulan= 5, 1-2x/minggu= 10, 3-6x/minggu= 15, 1x/hari=25, dan >3x/hari=50 dengan hasil ukur 0 : kurang = 119%
 - 2) Tinggi badan/umur : kategori TB/U menurut Kemenkes RI (2020)

Sangat pendek : Z-Score < -3 SD, pendek (Stunted) : Z-Score -3 SD sd < -2 SD, normal -2 SD + 3 SD.

- 3) Form kuisisioner : ada beberapa yang akan ditanyakan pada form kuisisioner seperti jenis kelamin sehingga skoringnya laki-laki dan perempuan, kemudian variabel pendidikan ibu skoringnya pendidikan rendah dan pendidikan tinggi, lalu variabel imunisasi skoringnya imunisasi lengkap dan imunisasi tidak lengkap dan yang terakhir yaitu variabel tingkat pendapatan skoringnya yaitu ekonomi rendah dan ekonomi tinggi.
- c. *Coding*, mengelompokkan jawaban dari responden kedalam kategori-kategori, dilakukan dengan memberikan tanda atau kode kedalam bentuk angka masing-masing jawaban untuk mempermudah saat pengolahan data.
- d. *EntryData*, memasukkan data yang telah didapat kedalam program komputer atau software analisis data yang telah ditetapkan untuk pengolahan selanjutnya.
- e. *Cleaning*, pemeriksaan ulang untuk melihat kemungkinan kesalahan atau *missing* maupun ketidaklengkapan data dan selanjutnya akan dilakukan perbaikan.

3.6 Validitas dan Reliabilitas

3.6.1 Validitas

Validitas berasal dari kata *validity* yang mempunyai arti sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya (Widiastuti, 2015: 8). Artinya ada kesesuaian antara alat ukur dengan fungsi pengukuran dan sasaran pengukuran. Untuk mengukur validitas pernyataan yang berkaitan dengan Kejadian Stunting pada Anak dilakukan dengan cara melakukan korelasi dari setiap pertanyaan. Pertanyaan dikatakan valid apabila skor pertanyaan tersebut berkorelasi secara signifikan. Keputusan dari hasil perhitungan sebagai berikut:

- a. $R_{hitung} \geq R_{tabel}$ pada α 5%, menunjukkan bahwa butir pertanyaan tersebut valid
- b. $R_{hitung} < R_{tabel}$ pada α 5%, menunjukkan bahwa butir pertanyaan tersebut tidak valid.

Nilai R tabel pada penelitian ini dengan jumlah 30 responden dan besarnya dihitung dengan df dapat dihitung $30-2=28$, pada tingkat kemaknaan 5% didapat angka pada R table = 0,361. Nilai R hitung dapat dilihat pada kolom *corrected item-total correlation*.

3.6.2 Reliabilitas

Setelah didapatkan hasil pengukuran validasi, selanjutnya dilakukan pengukuran reliabilitas. Menurut Suharsimi Arikunto (2013) menyatakan bahwa Reliabilitas menunjukkan pada suatu pengertian bahwa suatu instrumen dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpulan data karena instrumen tersebut sudah baik.

Uji Reliabilitas dilakukan dengan membandingkan nilai R hitung yaitu nilai α dengan konstanta. Ketentuannya bila $R_{\alpha} \geq 0,6$ maka pertanyaan tersebut reliabel dan sebaliknya.

3.7 Analisis Data dan Penyajian Data

3.7.1 Analisis Data

Untuk melakukan analisis data pada penelitian ini melalui beberapa tahap, sebagai berikut :

A. Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi meliputi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), penyakit infeksi, jenis kelamin, umur, pendidikan terakhir ibu, tingkat pendapatan, status imunisasi. Pada analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase pada tiap variabel.

B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan pada dua variabel untuk melihat hubungan atau korelasi antara kedua variabel (Notoatmodjo, 2012). Uji statistik yang digunakan dalam analisis bivariat ini meliputi uji *chi-square* 2×2 untuk menguji variabel 2 kategorik dengan 2 kategorik dan uji T Tidak Berpasangan (Independen) untuk menguji hubungan antar variabel numerik dan 2 kategorik. Berikut adalah detail uji yang dipakai berdasarkan jenis data setiap variabel.

Tabel 3.2 Analisis Bivariat Berdasarkan Jenis Data Variabel

Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji yang dipakai
Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), (2 kategorik)	Kejadian Stunting pada Anak 6-24 bulan (2 kategorik)	<i>Chi Square</i> 2×2
Umur (Numerik)		Uji T Tidak Berpasangan (Independen)
Penyakit Infeksi (2 kategorik)		<i>Chi Square</i> 2×2
Jenis Kelamin (2 kategorik)		
Pendidikan ibu (2 kategorik)		
Status Imunisasi (2 kategorik)		
Tingkat pendapatan (2 kategorik)		

C. Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan analisis multivariabel yang berhubungan dengan semua teknik statistik yang secara simultan menganalisis sejumlah pengukuran pada individu atau objek (Santoso, 2010). Pada penelitian ini menggunakan analisis regresi logistik ganda model faktor resiko.

Pemodelan dengan model Faktor Risiko bertujuan untuk mengestimasi secara *valid* hubungan satu variabel independen utama dengan variabel dependen, sekaligus mengontrol beberapa variabel

independen lainnya atau variabel *confounding*.

Tahapan analisis multivariat adalah sebagai berikut :

1) Pemodelan Lengkap (Full Model)

Pemodelan awal adalah pemodelan lengkap yang terdiri dari variabel utama dan semua kandidat variabel *confounding*.

2) Pemodelan (Uji *Confounding*)

Setelah mendapatkan hasil model awal, langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel *confounding* yang tidak signifikan ($p > 0,05$) secara bertahap satu per satu dengan dimulai dari p-value yang terbesar. Apabila pada saat pengeluaran diperoleh selisih OR variabel utama antara sebelum dan sesudah dikeluarkan lebih dari 10%, maka variabel tersebut dianggap sebagai variabel *confounding* dan tetap berada dalam pemodelan. Lakukan analisis tersebut sampai tidak ada lagi variabel yang p-value $> 0,05$ (Kahlert et al., 2017).

3) Final Model

Setelah dilakukan analisis *confounding* maka diperoleh model akhir yang dapat diinterpretasikan.

3.7.2 Penyajian Data

Menurut Notoatmodjo (2012), penyajian data pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga yaitu penyajian yang ditampilkan dalam bentuk teks, penyajian dalam bentuk tabel, penyajian dalam bentuk grafik agar mudah dipahami. Sehingga hasil dari penelitian ini akan disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi sebagai interpretasi hasil.

HASIL DAN PEMBAHASAN

cakupan intervensi pemberian makan dan potensi risiko stunting, terutama di desa-desa dengan jumlah penduduk tinggi dan akses kesehatan terbatas.

Puskesmas Pegayut memiliki tenaga kesehatan yang relatif lengkap sesuai standar Permenkes No. 43 Tahun 2019 dan Permenkes No. 75 Tahun 2014. Sampai akhir tahun 2022, terdapat 2 dokter umum, 1 dokter gigi, 14 perawat, dan 48 bidan, termasuk 13 bidan desa yang tersebar di seluruh desa wilayah kerja. Selain itu, tersedia tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, apoteker, analis laboratorium, serta tenaga penunjang.

Ketersediaan sumber daya manusia ini sangat berpengaruh terhadap keberhasilan edukasi dan praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) secara optimal. Peran bidan desa dan tenaga gizi menjadi sangat strategis dalam penyuluhan dan pemantauan tumbuh kembang anak, termasuk dalam pencegahan dan penanganan stunting pada kelompok usia rentan.

2. Keadaan Ekonomi

Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Pegayut mayoritas bekerja sebagai petani, pedagang, dan aparatur sipil negara (ASN). Secara geografis, wilayah kerja Puskesmas Pegayut terletak di daerah dataran rendah yang sebagian besar terdiri atas lahan pertanian dan permukiman penduduk. Wilayah Pegayut dekat dengan akses jalan utama dan jalur distribusi ke pasar-pasar tradisional di daerah Ogan Ilir maupun Palembang. Hal ini memungkinkan sebagian masyarakat beralih atau menambah penghasilan dengan berdagang, baik dalam bentuk kios rumahan, warung kelontong, hingga menjadi pedagang musiman di pasar mingguan. Letak wilayah Pegayut yang relatif dekat dengan Kota Palembang dan ibu kota Kabupaten Ogan Ilir (Indralaya) menjadikan banyak warga yang memiliki akses pendidikan lebih baik sehingga memenuhi syarat menjadi pegawai negeri atau ASN di sekolah, kantor kecamatan, dan instansi pemerintahan lainnya. Berdasarkan definisi Badan Pusat Statistik (BPS), kemiskinan diukur melalui ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar, baik makanan maupun non-makanan, berdasarkan pengeluaran per kapita.

Faktor ekonomi sangat mempengaruhi akses dan kualitas pangan rumah

tangga, yang pada akhirnya berdampak pada praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA). Keluarga dengan keterbatasan ekonomi cenderung menghadapi kendala dalam pemenuhan gizi seimbang, baik dari segi kuantitas maupun kualitas makanan yang diberikan kepada anak, sehingga meningkatkan risiko terjadinya stunting (Kustanto, 2021).

3. Keadaan Pendidikan

Dalam konteks penelitian ini, pendidikan formal ibu memang ditemukan sebagai salah satu variabel yang berhubungan dengan praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) serta kejadian stunting. Namun demikian, perlu dipahami bahwa tingkat pendidikan formal tidak selalu berbanding lurus secara langsung dengan status gizi anak. Artinya, tidak sedikit ibu dengan pendidikan rendah yang tetap mampu menerapkan pola asuh dan praktik pemberian makan yang baik sehingga anaknya tidak mengalami stunting. Sebaliknya, ada pula ibu dengan pendidikan tinggi namun anaknya tetap mengalami gangguan pertumbuhan.

Fakta ini menunjukkan bahwa pendidikan formal bukan satu-satunya determinan dalam kejadian stunting, melainkan salah satu dari banyak faktor yang saling mempengaruhi. Pendidikan ibu lebih tepat diposisikan sebagai indikator struktural yang merefleksikan potensi akses terhadap informasi, kemampuan literasi kesehatan, serta pengambilan keputusan dalam praktik pengasuhan (Laksono et al., 2022). Oleh karena itu, keberhasilan dalam pencegahan stunting tidak hanya ditentukan oleh tinggi-rendahnya pendidikan formal ibu, melainkan juga oleh komitmen, pengetahuan praktis, dan dukungan lingkungan dalam menerapkan praktik pengasuhan yang tepat. Dalam kerangka determinan sosial kesehatan (*social determinants of health*), pendidikan merupakan salah satu faktor risiko, tetapi bukan determinan absolut.

Dengan demikian, meskipun pendidikan formal ibu merupakan faktor yang penting untuk dipertimbangkan, pendekatan intervensi yang bersifat holistik dan kontekstual tetap diperlukan. Upaya perbaikan gizi dan pencegahan stunting harus mencakup peningkatan edukasi gizi, pemberdayaan keluarga, dan perbaikan akses layanan kesehatan bagi semua lapisan masyarakat, terlepas dari tingkat pendidikan

formal yang dimiliki.

4.2 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan dari bulan November-Desember 2024 dengan jumlah responden sebanyak 110 orang.

4.2.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini mencakup beberapa variabel yang dianggap berperan dalam kejadian stunting pada anak. Variabel-variabel tersebut meliputi usia anak, jenis kelamin, status kejadian stunting, penerapan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), inisiasi Menyusui dini (IMD), pemberian ASI eksklusif, ASI Lanjutan, Riwayat Penyakit Infeksi, Pendidikan Ibu, Status Imunisasi dan Tingkat pendapatan. Karakteristik ini penting untuk memberikan gambaran umum mengenai kondisi responden yang menjadi subjek penelitian, sekaligus menjadi dasar dalam analisis hubungan antara faktor-faktor tersebut dengan status gizi anak. Rincian distribusi frekuensi dan persentase masing-masing karakteristik responden disajikan dalam Tabel 4.1 berikut.

Tabel 4.1 Karakteristik Responden

Variabel	n	%
Usia		
6-12	35	31,8
13-24	75	68,2
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	66	60,0
Perempuan	44	40,0
Kejadian Stunting		
Stunting	26	23,6
Tidak Stunting	84	76,4
MP ASI		
Tidak Tepat	47	42,7
Tepat	63	57,3
Inisiasi Menyusui Dini		
Tidak IMD	58	52,7
IMD	52	47,3
ASI Eksklusif		
Tidak ASI eksklusif	48	43,6
ASI eksklusif	62	56,4
ASI Lanjutan		

Tidak ASI Lanjutan	71	64,5
ASI Lanjutan	39	35,5
Riwayat Penyakit Infeksi		
Ada Riwayat	82	74,5
Tidak Ada Riwayat	28	25,5
Pendidikan Ibu		
Rendah	65	59,1
Tinggi	45	40,9
Status Imunisasi		
Tidak Lengkap	76	69,1
Lengkap	34	30,9
Status Pendapatan Keluarga		
Rendah	91	82,7
Tinggi	19	17,3
PMBA		
Tidak Tepat	72	65,5
Tepat	38	34,5

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan tabel 4.1 tentang karakteristik responden dalam penelitian ini memberikan gambaran awal yang penting terkait konteks sosial, kesehatan, dan praktik pengasuhan anak yang menjadi bagian integral dalam upaya pencegahan stunting. Hasil distribusi menunjukkan bahwa sebagian besar anak berada dalam kelompok usia 13–24 bulan, yang merupakan fase krusial dalam periode *window of opportunity* atau masa emas pertumbuhan (1000 Hari Pertama Kehidupan). Usia ini sangat menentukan karena merupakan tahap transisi dari pengenalan makanan pendamping ASI (MP-ASI) ke makanan keluarga, sehingga praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) harus dijalankan secara optimal.

Tingkat kejadian stunting sebesar 23,6% dalam sampel penelitian ini mencerminkan masih adanya beban malnutrisi kronis di wilayah kerja Puskesmas Pegayut. Kondisi ini berpotensi diperburuk oleh praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang belum sepenuhnya sesuai anjuran, seperti rendahnya cakupan ASI lanjutan, minimnya praktik Inisiasi Menyusui Dini (IMD), dan tidak optimalnya cakupan ASI eksklusif. Praktik pemberian makan yang kurang tepat pada periode kritis ini dapat menyebabkan asupan zat gizi tidak mencukupi kebutuhan anak.

Selain itu, prevalensi riwayat penyakit infeksi yang tinggi pada anak menjadi indikator lain yang patut diperhatikan. Infeksi yang berulang pada anak usia dini dapat mengganggu penyerapan nutrisi dan menurunkan nafsu makan, yang secara tidak langsung berkontribusi pada hambatan pertumbuhan linear. Hal ini menunjukkan adanya keterkaitan erat antara status kesehatan anak dan kecukupan gizi yang diterima, yang pada akhirnya berdampak pada status gizi.

Karakteristik tingkat pendapatan dan pendidikan ibu juga menunjukkan pola yang sejalan dengan berbagai literatur. Mayoritas ibu dalam penelitian ini memiliki tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan keluarga rendah. Kedua faktor ini merupakan determinan sosial penting yang mempengaruhi perilaku pengasuhan, akses terhadap informasi gizi, serta kemampuan keluarga dalam menyediakan makanan bergizi bagi anak. Rendahnya tingkat pendidikan ibu dapat mempengaruhi pengetahuan serta penerapan praktik pemberian makan yang sesuai, termasuk dalam memahami pentingnya kelengkapan imunisasi dan sanitasi dasar.

Secara keseluruhan, karakteristik responden menggambarkan kompleksitas faktor determinan stunting yang melibatkan interaksi antara aspek pengasuhan, status kesehatan anak, serta kondisi tingkat pendapatan keluarga. Analisis lanjutan diperlukan untuk mengevaluasi sejauh mana masing-masing faktor ini berkontribusi terhadap kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan di wilayah ini, guna merumuskan intervensi yang lebih terarah dan kontekstual.

4.2.2 Prinsip Pemberian MP-ASI

Untuk menilai kesesuaian praktik pemberian MP ASI oleh para ibu, dilakukan analisis terhadap enam prinsip utama pemberian makan bayi dan anak yang dianjurkan oleh WHO dan Kementerian Kesehatan RI. Prinsip-prinsip tersebut meliputi aspek tepat waktu, jumlah, frekuensi, tekstur, keamanan, dan cara pemberian. Berikut ini adalah distribusi jumlah responden yang memberikan makan bayi dan anak sesuai dengan masing-masing prinsip:

Tabel 4.2 Prinsip Pemberian MP-ASI

No.	Prinsip Pemberian Makan Bayi dan Anak	n	%
1	Tepat Waktu		
	Tepat	74	67,3

	Tidak	36	32,7
2	Tepat Jumlah		
	Tepat	94	85,5
	Tidak	16	14,5
3	Tepat Frekuensi		
	Tepat	80	72,7
	Tidak	30	27,3
4	Tepat Tekstur		
	Tepat	95	86,4
	Tidak	15	13,6
5	Aman		
	Aman	91	82,7
	Tidak Aman	19	17,3
6	Diberikan dengan Cara yang Benar		
	Benar	88	80
	Tidak	22	20

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan hasil penelitian terhadap penerapan prinsip-prinsip pemberian MP ASI merupakan fondasi penting dalam mencegah terjadinya masalah gizi, khususnya stunting, selama periode kritis 1000 Hari Pertama Kehidupan. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar ibu telah menjalankan sebagian besar prinsip Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) sesuai rekomendasi WHO dan Kementerian Kesehatan RI, namun masih terdapat kesenjangan dalam beberapa aspek yang berpotensi mempengaruhi status gizi anak.

Prinsip tepat waktu dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) merupakan langkah awal untuk memastikan kecukupan energi dan zat gizi ketika kebutuhan bayi selain dari ASI. Ketidaktepatan waktu dalam memulai MP-ASI dapat menyebabkan ketidakseimbangan energi dan meningkatkan kerentanan terhadap pertumbuhan. Oleh karena itu, meskipun mayoritas ibu telah memulai pemberian MP-ASI pada usia yang dianjurkan, perhatian terhadap kelompok yang belum tepat waktu sangat diperlukan, mengingat ini berpotensi menjadi faktor risiko stunting.

Pada prinsip tepat jumlah dan tepat frekuensi, hasil penelitian mengindikasikan tingkat kepatuhan yang cukup tinggi. Hal ini mencerminkan adanya pemahaman yang cukup baik terkait kebutuhan konsumsi anak dalam hal

kuantitas dan waktu pemberian. Namun, perlu dicermati bahwa jumlah dan frekuensi makan yang cukup secara kuantitatif belum tentu menjamin kecukupan gizi apabila tidak disertai dengan kualitas makanan yang sesuai.

Prinsip tepat tekstur menjadi penting karena kemampuan oral motorik anak berkembang seiring usia. Ketidaksesuaian tekstur makanan dengan tahapan perkembangan anak dapat menyebabkan penolakan makan, risiko tersedak, atau bahkan gangguan keterampilan makan. Oleh karena itu, praktik pemberian makanan yang sesuai dengan perkembangan motorik oral anak merupakan bagian integral dari pola asuh makan yang responsif.

Sementara itu, prinsip keamanan makanan dan cara pemberian yang benar (*feeding responsif*) berperan dalam menciptakan lingkungan makan yang sehat secara fisik maupun psikososial. Penerapan prinsip-prinsip ini tidak hanya mencegah risiko kontaminasi dan infeksi saluran pencernaan yang merupakan salah satu penyebab langsung stunting tetapi juga membentuk pengalaman makan yang positif bagi anak. *Responsif feeding*, misalnya, berkaitan erat dengan aspek emosional dan stimulasi selama proses makan, yang secara tidak langsung berkontribusi terhadap perkembangan anak secara holistik.

Dengan demikian, meskipun tingkat penerapan prinsip Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) pada sebagian besar ibu sudah tergolong baik, adanya tidak konsistennan dalam penerapan waktu pemberian, jumlah, frekuensi, tekstur, keamanan dan cara pemberian makan tepat menjadi perhatian utama. Kesenjangan ini menunjukkan perlunya peningkatan kualitas edukasi gizi yang tidak hanya berfokus pada “apa yang diberikan”, tetapi juga “kapan dan bagaimana pemberian dilakukan”. Hal ini penting sebagai strategi promotif dan preventif dalam upaya menurunkan prevalensi stunting secara berkelanjutan.

4.2.3 Normalitas dan Reliabilitas Data

1. Uji Normalitas

Sebelum menganalisis hubungan antara variabel Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan stunting, langkah awal yang perlu dilakukan adalah uji normalitas data. Uji normalitas bertujuan untuk menentukan apakah data yang

digunakan dalam penelitian ini berdistribusi normal atau tidak. Hal ini penting karena akan mempengaruhi pemilihan metode analisis statistik yang tepat. Jika data berdistribusi normal, maka analisis dapat dilakukan dengan uji parametrik, sedangkan jika data tidak berdistribusi normal, maka uji non-parametrik lebih sesuai untuk digunakan. Berikut adalah hasil uji normalitas data pada variabel Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dan stunting:

Tabel 4.3 Uji Normalitas Data

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
StatusGizi	,236	110	,000	,669	110	,000
PMBA	,055	110	,200	,984	110	,219

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan hasil uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* yang ditampilkan pada Tabel 4.3, diketahui bahwa variabel status gizi anak, yang berperan sebagai variabel dependen, memiliki nilai signifikansi sebesar 0,000 ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa data status gizi tidak berdistribusi normal. Sebaliknya, variabel Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,200 ($p > 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa data pada variabel ini berdistribusi normal.

Tidak terpenuhinya asumsi normalitas pada variabel status gizi memiliki implikasi penting dalam pemilihan metode analisis. Dalam kerangka statistik inferensial, uji parametrik seperti *Independent Samples t-test* atau *Pearson Chi-Square* hanya dapat digunakan apabila data mengikuti distribusi normal dan memenuhi asumsi homogenitas varians. Namun, karena dalam penelitian ini variabel utama yang menjadi titik perhatian, yaitu status gizi, tidak memenuhi asumsi distribusi normal, maka pendekatan non-parametrik lebih tepat untuk digunakan.

Oleh karena itu, dalam menganalisis hubungan antara dua variabel kategorik misalnya status gizi dengan praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) secara keseluruhan atau dengan komponen seperti IMD, ASI eksklusif, atau riwayat infeksi dipilih uji *Fisher's Exact Test*, yang sesuai untuk data kategorik dengan

distribusi tidak normal dan jumlah sampel terbatas. Sementara itu, ketika ingin membandingkan nilai atau skor Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) (jika dinyatakan dalam bentuk ordinal atau total skor) berdasarkan kelompok status gizi (stunting dan tidak stunting), maka *Mann-Whitney U Test* menjadi alternatif yang valid dibandingkan *t-test*, karena tidak mengasumsikan distribusi normal.

Dengan demikian, tahapan ini menegaskan bahwa pemilihan uji statistik dalam penelitian ini tidak hanya berdasarkan teknis prosedural, tetapi juga didasarkan pada logika ilmiah dan pertimbangan validitas analitik, sehingga hasil analisis yang diperoleh dapat diinterpretasikan secara tepat dan dapat dipertanggungjawabkan secara metodologis. Ini menjadi fondasi penting dalam menjamin keandalan inferensi yang ditarik dari data, khususnya dalam konteks penelitian yang menyoroti faktor-faktor yang berkaitan dengan kejadian stunting.

2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan konsistensi suatu instrumen dalam mengukur suatu konsep atau variabel tertentu. Instrumen dikatakan reliabel apabila hasil pengukuran menunjukkan konsistensi yang tinggi, meskipun dilakukan dalam waktu yang berbeda ataupun oleh pengamat yang berbeda (Sugiyono, 2017). Uji reliabilitas penting dilakukan agar data yang diperoleh benar-benar mencerminkan keadaan sebenarnya dari objek yang diteliti.

Salah satu metode yang paling umum digunakan untuk menguji reliabilitas adalah *Cronbach's Alpha*, yaitu metode statistik yang digunakan untuk mengukur konsistensi internal dari suatu instrumen atau kuesioner. Menurut Ghazali (2018), suatu instrumen dikatakan memiliki reliabilitas yang baik apabila nilai *Cronbach's Alpha* lebih besar dari 0,70. Semakin tinggi nilai alpha, maka semakin baik reliabilitas instrumen tersebut.

Penelitian oleh Widiyanto dan Lestari (2022) dalam Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan juga menunjukkan bahwa instrumen kuesioner mengenai pola makan bayi dan anak (PMBA) dapat diuji menggunakan *Cronbach's Alpha* untuk memastikan konsistensi internal antar butir pertanyaan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa reliabilitas yang tinggi berkontribusi terhadap validitas data

dalam analisis hubungan antara praktik pemberian MP-ASI dan status gizi anak.

Tabel 4.4 Uji Reliabilitas Data

No.	Item Code	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	PMBA1	0,480	0,882
2	PMBA2	0,459	0,880
3	PMBA3	0,441	0,884
4	PMBA4	0,385	0,885
5	PMBA5	0,595	0,886
6	PMBA6	0,562	0,888
7	PMBA7	0,394	0,890
8	PMBA8	0,453	0,895
9	PMBA9	0,448	0,889
10	PMBA10	0,436	0,880
11	PMBA11	0,511	0,883
12	PMBA12	0,57	0,892
13	PMBA13	0,522	0,890
14	PMBA14	0,378	0,885
15	PMBA15	0,502	0,894
16	PMBA16	0,454	0,881
17	PMBA17	0,525	0,890
18	PMBA18	0,435	0,880
19	PMBA19	0,382	0,888
20	PMBA20	0,461	0,882
21	PMBA21	0,397	0,892
22	PMBA22	0,599	0,884
23	PMBA23	0,38	0,884
24	PMBA24	0,411	0,886
25	PMBA25	0,496	0,893
26	PMBA26	0,563	0,891
27	PMBA27	0,352	0,884
28	PMBA28	0,587	0,888

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Uji reliabilitas merupakan indikator penting dalam evaluasi kualitas instrumen penelitian, khususnya instrumen dalam bentuk kuesioner yang

digunakan untuk mengukur perilaku atau praktik, seperti Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA). Uji reliabilitas bertujuan untuk menilai sejauh mana alat ukur mampu menghasilkan hasil yang konsisten dan stabil dalam mengukur konsep yang sama pada berbagai kondisi yang setara. Dalam konteks ini, reliabilitas mencerminkan kekuatan internal instrumen dalam menjaga keakuratan pengukuran, sehingga hasil yang diperoleh dapat dipercaya untuk dianalisis lebih lanjut.

Instrumen Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 28 butir pertanyaan yang dikembangkan berdasarkan prinsip-prinsip pemberian makan bayi dan anak menurut standar WHO dan Kemenkes RI. Uji reliabilitas dilakukan menggunakan pendekatan *Cronbach's Alpha*, yang merupakan salah satu metode paling umum dan valid dalam menilai konsistensi internal. Hasil analisis menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,889, yang berada jauh di atas ambang batas minimum 0,70 sebagaimana disebutkan oleh Ghozali (2018). Hal ini menunjukkan bahwa keseluruhan item dalam kuesioner memiliki tingkat reliabilitas yang sangat baik.

Lebih lanjut, hasil analisis *Corrected Item-Total Correlation* menunjukkan bahwa semua item memiliki korelasi di atas 0,30 yakni berkisar antara 0,352 hingga 0,599. Ini menandakan bahwa setiap pertanyaan memiliki hubungan yang cukup kuat terhadap total skor dan memberikan kontribusi positif terhadap variabel yang diukur. Tidak ditemukan adanya item yang jika dihapus dapat secara signifikan meningkatkan reliabilitas keseluruhan, yang menegaskan bahwa semua item relevan dan layak untuk dipertahankan.

Secara metodologis, keberhasilan uji reliabilitas ini memberikan landasan kuat bagi validitas instrumen yang digunakan dalam mengukur praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA). Instrumen yang reliabel bukan hanya penting untuk menjamin konsistensi data, tetapi juga menjadi prasyarat dalam pengujian hipotesis dan penarikan kesimpulan yang tepat dalam penelitian kuantitatif. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa instrumen Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dalam penelitian ini memiliki reliabilitas yang sangat baik dan memenuhi syarat untuk digunakan dalam proses pengumpulan data secara sistematis dan

berkelanjutan.

4.2.4 Analisis Bivariat

A. Hubungan antara MP-ASI dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

MP-ASI yang tepat merupakan salah satu faktor penting dalam mencegah terjadinya stunting. Praktik pemberian MP ASI yang sesuai dengan prinsip-prinsip sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Penerapan MP-ASI yang tidak tepat dapat menyebabkan kekurangan asupan nutrisi yang berdampak pada gangguan pertumbuhan anak, termasuk stunting. Oleh karena itu, penelitian ini juga menganalisis hubungan antara praktik pemberian MP-ASI dengan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan. Hasil analisis tersebut disajikan pada Tabel 4.5 berikut.

Tabel 4.5 Hubungan antara Pemberian MP-ASI dengan Kejadian Stunting

MP-ASI	Stunting pada Anak				Total		PR (95% CI)	<i>p-value</i>
	Stunting		Tidak Stunting					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak Tepat	23	20,9	24	21,8	47	42,7	10,27 (5,261-69,831)	0,000
Tepat	3	2,7	60	54,5	63	57,3		
Total	26	23,6	84	76,4	110	100		

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan Tabel 4.5 yang berjudul Hubungan Antara Pemberian MP-ASI dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6–24 Bulan, menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara praktik pemberian MP-ASI dengan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan. Hal ini ditunjukkan oleh nilai *p-value* sebesar 0,000 yang jauh lebih kecil dari ambang batas signifikansi 0,05. Secara statistik, hal ini menandakan bahwa terdapat asosiasi yang tidak terjadi secara kebetulan antara kualitas praktik MP-ASI dengan status gizi anak.

Prevalence Ratio (PR) sebesar 10,27 (95% CI: 5,261–69,831) menunjukkan bahwa anak dengan MP-ASI tidak tepat berisiko mengalami stunting sekitar 10 kali lebih tinggi dibandingkan anak dengan MP-ASI tepat. Rentang *confidence interval* (CI) sebesar 5,261–69,831 menunjukkan bahwa terdapat variasi dalam tingkat

risiko (karena CI yang cukup lebar), hubungan tersebut tetap signifikan karena seluruh nilai CI berada di atas angka 1,0, yang menjadi batas netral dalam analisis risiko. Interpretasi dari rentang CI ini dengan tingkat kepercayaan 95%, dapat dikatakan bahwa praktik MP-ASI yang tidak tepat meningkatkan risiko stunting paling sedikit 5,26 kali dan bisa mencapai hingga hampir 70 kali lipat, tergantung pada variasi faktor lain yang mungkin ikut berkontribusi. Meski nilai maksimum cukup tinggi, hal ini bisa dipengaruhi oleh jumlah sampel kasus stunting yang tidak terlalu besar, sehingga memperlebar rentang estimasi. Namun secara umum, karena CI tidak menyentuh nilai 1, maka hubungan ini tetap dianggap kuat dan signifikan secara epidemiologis.

Dari sudut pandang teoritik, hubungan antara praktik MP-ASI dan stunting ini dapat dijelaskan melalui pendekatan 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), di mana praktik pemberian makan yang tidak sesuai baik dalam aspek waktu, jumlah, frekuensi, tekstur, aman dan cara pemberian akan menyebabkan ketidakseimbangan asupan zat gizi. Ketidakseimbangan ini berdampak langsung pada proses pertumbuhan anak, terutama pada usia 6–24 bulan yang merupakan fase kritis perkembangan.

Oleh karena itu, hasil ini menegaskan bahwa praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) bukan hanya sekadar perilaku pengasuhan, tetapi merupakan intervensi gizi yang sangat strategis dalam upaya pencegahan stunting. Temuan ini mendukung berbagai kebijakan promotif dan preventif berbasis keluarga, yang menekankan pentingnya edukasi pemberian makan dan pendampingan ibu sebagai salah satu upaya pencegahan stunting.

B. Hubungan antara Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Analisis dilakukan untuk mengetahui hubungan antara Praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian stunting pada anak. Distribusi responden berdasarkan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) terhadap kejadian stunting dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.6 Hubungan antara Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting

PMBA	Stunting pada Anak				Total		PR (95% CI)	<i>p-value</i>
	Stunting		Tidak Stunting					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak Tepat	22	20,0	50	45,5	72	65,5	2,90 (1,08-7,80)	0,019
Tepat	4	3,6	34	30,9	38	34,5		
Total	26	23,6	84	76,4	110	100		

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara praktik Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan. Hal ini ditunjukkan oleh nilai p-value sebesar 0,019, yang lebih kecil dari ambang batas signifikansi 0,05. Secara statistik, hal ini menandakan bahwa terdapat asosiasi yang tidak terjadi secara kebetulan antara kualitas praktik Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan status gizi anak.

Prevalence Ratio (PR) sebesar 2,90 (95% CI: 1,08–7,80) menunjukkan bahwa anak dengan praktik Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) yang tidak tepat memiliki risiko mengalami stunting sekitar 2,9 kali lebih tinggi dibandingkan anak dengan praktik Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) yang tepat. Rentang confidence interval (CI) sebesar 1,08–7,80 menunjukkan bahwa meskipun terdapat variasi dalam estimasi risiko, hubungan tersebut tetap signifikan karena seluruh nilai CI berada di atas angka 1,0, yang merupakan batas netral dalam analisis risiko.

Interpretasi dari rentang CI ini dengan tingkat kepercayaan 95% adalah bahwa praktik Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) yang tidak tepat meningkatkan risiko stunting paling sedikit 1,08 kali dan bisa mencapai hingga 7,80 kali lipat, tergantung pada variasi faktor lain yang mungkin berperan. Meskipun nilai maksimum cukup tinggi, hal ini dapat dipengaruhi oleh jumlah kasus stunting yang relatif lebih sedikit sehingga memperlebar rentang estimasi. Namun secara umum, karena CI tidak menyentuh nilai 1, maka hubungan ini tetap dianggap kuat dan signifikan secara epidemiologis.

Dari sudut pandang teoritik, hubungan antara praktik Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan stunting ini dapat dijelaskan melalui konsep 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Praktik pemberian makan bayi dan anak yang tidak

sesuai dalam hal waktu pemberian, frekuensi, jumlah, tekstur, keamanan, dan cara pemberian akan menyebabkan ketidakseimbangan asupan zat gizi. Ketidakseimbangan gizi tersebut berdampak langsung pada proses pertumbuhan dan perkembangan anak, terutama pada usia 6–24 bulan yang merupakan fase kritis dalam pembentukan kualitas sumber daya manusia di masa depan.

Oleh karena itu, hasil ini menegaskan bahwa praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) bukan hanya sekadar perilaku pengasuhan, tetapi juga merupakan intervensi gizi yang sangat strategis dalam upaya pencegahan stunting. Temuan ini memperkuat pentingnya program edukasi dan pendampingan kepada ibu maupun pengasuh mengenai praktik pemberian makan yang tepat, sehingga dapat menjadi salah satu langkah promotif dan preventif untuk menurunkan angka stunting di masyarakat.

C. Usia dengan Kejadian Stunting

Usia anak merupakan salah satu faktor yang berpotensi mempengaruhi kejadian stunting. Semakin bertambah usia anak, kebutuhan nutrisi akan semakin meningkat, sehingga pengasuhan dan kecukupan asupan gizi yang optimal menjadi sangat penting. Penelitian ini juga menganalisis apakah terdapat hubungan antara usia anak dengan kejadian stunting. Data hasil analisis tersebut disajikan pada Tabel 4.7 berikut.

Tabel 4.7 Hubungan antara Usia dengan Kejadian Stunting

Variabel Independen	Stunting				(95% CI)	<i>p-value</i>
	Ya		Tidak			
	Mean	SD	Mean	SD		
Usia	14,31	5,13	15,07	5,24	-3,084-1,556	0,516

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan Tabel 4.7, diketahui bahwa analisis perbedaan rata-rata usia antara anak yang mengalami stunting dan yang tidak mengalami stunting dilakukan untuk menilai apakah usia dalam rentang 6–24 bulan merupakan faktor yang secara signifikan membedakan status gizi anak. Berdasarkan hasil uji statistik, diperoleh nilai *p* sebesar 0,516, yang jauh di atas nilai signifikansi 0,05. Hal ini mengindikasikan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik

antara usia anak dan kejadian stunting dalam populasi penelitian ini.

Lebih lanjut, interval kepercayaan 95% untuk selisih rata-rata usia antara kedua kelompok berada dalam rentang $-3,084$ hingga $1,556$. Karena rentang ini mencakup nilai nol, maka secara statistik dapat disimpulkan bahwa perbedaan usia antara kelompok stunting dan tidak stunting tidak signifikan secara nyata. Dengan kata lain, usia anak dalam kelompok umur 6–24 bulan tidak menunjukkan kontribusi yang berbeda secara bermakna terhadap status stunting dalam populasi penelitian ini.

Hasil ini selaras dengan pemahaman bahwa usia anak pada rentang 6–24 bulan merupakan periode yang homogen secara fisiologis dalam konteks pertumbuhan dan risiko gizi, terutama karena seluruh rentang usia tersebut masuk dalam fase 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Dalam fase ini, semua anak terlepas dari usia dalam bulan tertentu mengalami kebutuhan gizi yang tinggi dan sensitif terhadap defisiensi nutrisi serta infeksi. Oleh karena itu, risiko stunting tidak secara langsung dipengaruhi oleh perbedaan usia dalam rentang tersebut, melainkan lebih ditentukan oleh kualitas asupan gizi, praktik pemberian makan, dan status kesehatan anak selama periode tersebut.

Dengan demikian, meskipun usia anak sering kali dipertimbangkan dalam kajian status gizi, pada penelitian ini usia tidak terbukti sebagai variabel diskriminatif antara kelompok stunting dan tidak stunting. Hal ini menunjukkan pentingnya untuk lebih memfokuskan perhatian pada faktor-faktor perilaku, lingkungan, dan sosial yang lebih berpengaruh terhadap status gizi anak dibandingkan dengan perbedaan usia dalam rentang 6–24 bulan.

D. Inisiasi Menyusui Dini dengan Kejadian Stunting

Inisiasi Menyusui Dini (IMD) merupakan salah satu upaya penting dalam pencegahan stunting sejak dini. Inisiasi Menyusui Dini (IMD) berperan dalam meningkatkan imunitas dan pemenuhan nutrisi awal bayi, sehingga dapat mendukung tumbuh kembang optimal. Dalam penelitian ini, dilakukan analisis hubungan antara pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dengan kejadian stunting pada anak. Hasil analisis tersebut disajikan pada Tabel 4.7 berikut.

Tabel 4.8 Hubungan antara Inisiasi Menyusui Dini dengan Kejadian Stunting

Inisiasi Menyusui Dini	Stunting				Total		PR 95% CI	<i>p-value</i>
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak IMD	11	10,0	47	42,7	58	52,7	0,66 (0,237-1,405)	0,265
IMD	15	13,6	37	33,6	52	47,3		
Total	26	23,6	84	76,4	110	100		

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan data pada Tabel 4.8, hasil analisis hubungan antara praktik Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan kejadian stunting menunjukkan tidak adanya asosiasi yang signifikan secara statistik, ditunjukkan oleh nilai *p-value* sebesar 0,265 ($> 0,05$). Nilai ini mengindikasikan bahwa perbedaan proporsi stunting antara anak yang mendapat IMD dan yang tidak mendapat IMD tidak cukup kuat secara statistik untuk dianggap bermakna.

Meskipun secara deskriptif persentase anak stunting tampak sedikit lebih tinggi pada kelompok yang menerima IMD, hal ini tidak menunjukkan hubungan kausal, melainkan kemungkinan dipengaruhi oleh faktor lain seperti status gizi ibu, praktik pemberian ASI eksklusif lanjutan, atau riwayat infeksi.

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel yang diteliti memiliki nilai Prevalence Ratio (PR) sebesar 0,66 dengan interval kepercayaan 95% antara 0,237 hingga 1,405. Artinya, anak yang tidak mendapatkan IMD memiliki prevalensi stunting yang hanya sekitar 0,66 kali dibandingkan anak yang mendapatkan IMD. Ketika interval kepercayaan meliputi angka 1, maka hasil tersebut dianggap tidak signifikan secara statistik, karena besar kemungkinan terjadi secara kebetulan dalam populasi. Dengan demikian, dalam penelitian ini, IMD tidak terbukti berhubungan signifikan dengan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan. Meskipun IMD terbukti bermanfaat dalam meningkatkan kekebalan tubuh dan mendukung keberhasilan menyusui dini, kemungkinan adanya bias ingatan (*recall bias*) dari ibu terhadap pelaksanaan IMD juga dapat memengaruhi validitas data. Beberapa ibu mungkin tidak menyadari atau lupa apakah mereka benar-benar melakukan IMD sesuai definisi WHO.

E. Hubungan ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting

Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi memiliki peran penting dalam pencegahan stunting. ASI eksklusif mampu mencukupi kebutuhan nutrisi bayi sekaligus meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi. Dalam penelitian ini, dianalisis hubungan antara status pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada anak usia 6-24 bulan. Hasil analisis tersebut ditampilkan pada Tabel 4.9 berikut.

Tabel 4.9 Hubungan antara ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting

ASI eksklusif	Stunting				Total		PR 95% CI	<i>p-value</i>
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak	13	11,8	35	31,8	48	43,6	1,29 (0,579-3,384)	0,502
Ya	13	11,8	49	44,5	62	56,4		
Total	26	23,6	84	76,4	110	100		

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan data dalam tabel, analisis hubungan antara pemberian ASI eksklusif dan kejadian stunting menunjukkan hasil yang tidak signifikan secara statistik, sebagaimana ditunjukkan oleh nilai *p-value* sebesar 0,502 ($> 0,05$). Hal ini mengindikasikan bahwa dalam konteks penelitian ini, pemberian atau tidaknya ASI eksklusif tidak secara bermakna membedakan status gizi anak usia 6–24 bulan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel tersebut memiliki nilai Prevalence Ratio (PR) sebesar 1,29 dengan interval kepercayaan 95% antara 0,579 hingga 3,384. Artinya, anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif memiliki risiko stunting sekitar 1,29 kali lebih tinggi dibandingkan anak yang mendapatkan ASI eksklusif. Namun, karena interval kepercayaan mencakup angka 1, yaitu dari 0,579 hingga 3,384, maka secara statistik hubungan ini tidak signifikan.

Secara deskriptif, memang terlihat proporsi anak yang tidak mengalami stunting lebih besar pada kelompok yang mendapatkan ASI eksklusif. Namun, perbedaan ini tidak cukup kuat untuk dinyatakan signifikan secara statistik, sehingga tidak dapat dijadikan dasar untuk menyimpulkan adanya hubungan kausal antara ASI eksklusif dan status stunting pada anak usia 6–24 bulan dalam populasi penelitian ini.

Secara teoritik, ASI eksklusif merupakan faktor penting dalam mendukung pertumbuhan optimal anak karena mengandung zat gizi dan antibodi alami. Namun demikian, pengaruhnya terhadap kejadian stunting sangat dipengaruhi oleh faktor lanjutan, seperti kualitas makanan pendamping ASI (MP-ASI), riwayat penyakit infeksi, sanitasi, serta lingkungan pengasuhan. Oleh sebab itu, pemberian ASI eksklusif perlu dipahami sebagai bagian dari rangkaian praktik pemberian makan dan perawatan anak yang komprehensif, bukan sebagai satu-satunya penentu status gizi.

F. Asi Lanjutan dengan Kejadian Stunting

ASI lanjutan merupakan salah satu faktor penting dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak setelah usia 6 bulan, yang diharapkan dapat mencegah terjadinya masalah gizi kronis seperti stunting. Namun demikian, berbagai penelitian menunjukkan hasil yang beragam terkait pengaruh pemberian ASI lanjutan terhadap kejadian stunting. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara pemberian ASI lanjutan dengan kejadian stunting pada anak di wilayah penelitian. Data mengenai hubungan tersebut disajikan pada Tabel 4.10 berikut.

Tabel 4.10 Hubungan antara ASI Lanjutan dengan Kejadian Stunting

ASI Lanjutan	Stunting				Total		PR 95% CI	<i>p-value</i>
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak	17	15,5	54	49,1	71	64,5	0,764 (0,417-2,641)	1,000
Ya	9	8,2	30	27,3	39	35,5		
Total	26	23,6	84	76,4	110	100		

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan tabel di atas, tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara pemberian ASI lanjutan dan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan. Hal ini dibuktikan oleh nilai *p-value* sebesar 1,000 yang jauh di atas ambang batas signifikansi 0,05. Artinya, perbedaan proporsi stunting antara kelompok yang menerima dan tidak menerima ASI lanjutan tidak cukup kuat untuk dianggap bermakna secara statistik. Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel tersebut

memiliki Prevalence Ratio (PR) sebesar 0,764, yang mengindikasikan bahwa individu yang terpapar faktor ini memiliki peluang sekitar 23,6% lebih rendah untuk mengalami stunting dibandingkan individu yang tidak terpapar. Namun demikian, interval kepercayaan 95% (0,417–2,641) mencakup angka 1, yang berarti hubungan ini tidak signifikan secara statistik.

Secara teoritis, ASI lanjutan setelah usia 6 bulan tetap direkomendasikan sebagai sumber gizi tambahan bersama dengan MP-ASI, sesuai pedoman WHO dan Kementerian Kesehatan RI. Namun, dalam konteks penelitian ini, pemberian ASI lanjutan saja belum cukup untuk menunjukkan pengaruh signifikan terhadap status gizi anak, karena status gizi pada usia 6–24 bulan juga sangat dipengaruhi oleh kualitas dan kuantitas MP-ASI, frekuensi pemberian makan, penyakit infeksi, serta pola pemberian makan.

Dengan demikian, pemberian ASI lanjutan memang penting sebagai bagian dari praktik pengasuhan anak yang menyeluruh, tetapi tidak dapat dipandang sebagai faktor tunggal yang menentukan terjadinya stunting. Temuan ini menguatkan pentingnya pendekatan multisektor dalam pencegahan stunting, yang mencakup edukasi gizi, sanitasi, dan pelayanan kesehatan terpadu.

G. Riwayat Penyakit Infeksi dengan Kejadian Stunting

Riwayat penyakit infeksi pada anak, seperti diare, ISPA, atau infeksi lainnya, sering kali menjadi faktor risiko terjadinya stunting karena dapat mengganggu penyerapan nutrisi dan memperburuk status gizi anak. Infeksi berulang juga berkontribusi terhadap peradangan kronis yang mempengaruhi pertumbuhan anak. Oleh karena itu, penting untuk meneliti apakah riwayat penyakit infeksi memiliki hubungan dengan kejadian stunting. Data hubungan antara riwayat penyakit infeksi dengan kejadian stunting disajikan pada Tabel 4.11 berikut.

Tabel 4.11 Hubungan antara Riwayat Penyakit Infeksi dengan Kejadian

Stunting								
Riwayat Penyakit Infeksi	Stunting				Total		PR 95% CI	<i>p-value</i>
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Ada	18	16,4	64	58,2	82	74,5	1,366 (0,266-1,859)	0,607
Tidak Ada	8	7,3	20	18,2	28	25,5		
Total	26	23,6	84	76,4	110	100		

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan Tabel 4.11 yang menunjukkan terhadap hubungan antara riwayat penyakit infeksi dan kejadian stunting menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara kedua variabel tersebut. Nilai *p-value* sebesar 0,607 ($> 0,05$) menandakan bahwa perbedaan proporsi kejadian stunting antara anak yang memiliki dan tidak memiliki riwayat infeksi tidak bermakna secara statistik, sehingga dapat disimpulkan bahwa riwayat infeksi bukan merupakan prediktor signifikan terhadap stunting dalam penelitian ini.

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel tersebut memiliki Prevalence Ratio (PR) sebesar 1,366, yang berarti individu yang terpapar faktor ini memiliki kemungkinan sekitar 36,6% lebih tinggi untuk mengalami stunting dibandingkan yang tidak terpapar. Namun, interval kepercayaan 95% sebesar 0,266 hingga 1,859 mencakup angka 1, sehingga hubungan tersebut tidak signifikan secara statistik. Rentang CI yang lebar ini juga menunjukkan adanya variasi data yang cukup besar, yang mungkin disebabkan oleh jumlah sampel terbatas atau faktor pengganggu lain yang tidak terkontrol.

Secara teoritis, penyakit infeksi seperti diare dan ISPA dapat mengganggu penyerapan nutrisi dan meningkatkan kebutuhan energi anak, sehingga sering diidentifikasi sebagai faktor risiko stunting. Namun, dalam konteks penelitian ini, tidak adanya hubungan signifikan dapat disebabkan oleh beberapa kemungkinan, seperti infeksi yang bersifat ringan, tidak kronis, atau telah tertangani secara cepat dan baik. Selain itu, tidak dilakukannya penelitian lebih dalam terkait faktor penyebab dan lama kejadian dari penyakit infeksi yang di derita.

H. Jenis Kelamin dengan Kejadian Stunting

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang sering dikaitkan dengan kejadian stunting. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih rentan mengalami stunting dibandingkan anak perempuan karena faktor biologis dan perbedaan respons terhadap lingkungan. Namun, hasil penelitian di berbagai daerah menunjukkan hasil yang bervariasi. Untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian stunting di wilayah penelitian, maka dilakukan analisis seperti yang disajikan pada Tabel 4.12 berikut.

Tabel 4.12 Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Stunting

Jenis Kelamin	Stunting				Total		PR 95% CI	<i>p-value</i>
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Laki-Laki	19	17,3	47	42,7	66	60,0	1,079 (0,812-5,624)	0,169
Perempuan	7	6,4	37	33,6	44	40,0		
Total	26	23,6	84	76,4	110	100		

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan Tabel 4.12 hasil analisis terhadap hubungan antara jenis kelamin dan kejadian stunting menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik. Hal ini ditunjukkan oleh nilai *p-value* sebesar 0,169, yang melebihi ambang batas signifikansi 0,05. Artinya, perbedaan proporsi stunting antara anak laki-laki dan perempuan dalam penelitian ini tidak cukup kuat untuk disimpulkan sebagai suatu hubungan yang bermakna secara statistik.

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel tersebut memiliki Prevalence Ratio (PR) sebesar 1,079, yang mengindikasikan bahwa individu yang terpapar faktor ini memiliki peluang sekitar 7,9% lebih tinggi untuk mengalami stunting dibandingkan individu yang tidak terpapar. Namun, interval kepercayaan 95% berkisar antara 0,812 hingga 5,624, yang mencakup angka 1. Hal ini menunjukkan bahwa hubungan tersebut tidak signifikan secara statistik, sehingga tidak dapat disimpulkan adanya pengaruh yang nyata dari variabel tersebut terhadap kejadian stunting. Rentang CI yang cukup lebar menunjukkan tingkat ketidakpastian yang tinggi, dan kemungkinan adanya variabilitas data dalam sampel.

Secara biologis, beberapa literatur menyebutkan bahwa anak laki-laki

cenderung lebih rentan terhadap gangguan tumbuh kembang, termasuk stunting, akibat faktor hormonal dan kebutuhan metabolik yang lebih tinggi. Namun, dalam penelitian ini, perbedaan berdasarkan jenis kelamin tidak terbukti signifikan, yang mungkin dipengaruhi oleh faktor intervensi lain seperti pola asuh, status gizi, serta akses terhadap layanan kesehatan yang relatif merata di antara kelompok anak laki-laki dan perempuan.

Dengan demikian, jenis kelamin bukan merupakan faktor yang menentukan secara signifikan dalam kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pegayut, setidaknya berdasarkan data penelitian ini. Hasil ini mendukung pendekatan intervensi yang berbasis kebutuhan anak secara individual, bukan semata berdasarkan jenis kelamin.

I. Pendidikan Terakhir Ibu dengan Kejadian Stunting

Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi status gizi anak. Ibu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai pola asuh, pemenuhan gizi, serta pencegahan penyakit, sehingga berpotensi menurunkan risiko stunting pada anak. Namun, dalam beberapa kondisi sosial dan ekonomi, hubungan ini bisa bervariasi. Oleh karena itu, penelitian ini menganalisis apakah terdapat hubungan antara pendidikan terakhir ibu dengan kejadian stunting pada anak, yang ditampilkan pada Tabel 4.13 berikut.

Tabel 4.13 Hubungan antara Pendidikan Terakhir Ibu dengan Kejadian Stunting

Pendidikan Terakhir Ibu	Stunting				Total		PR 95% CI	<i>p-value</i>
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Rendah	14	12,7	51	46,4	65	59,1	0,831 (0,311-1,832)	0,649
Tinggi	12	10,9	33	30,0	45	40,9		
Total	26	23,6	84	76,4	110	100		

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan Tabel 4.13 tidak ditemukan hubungan yang signifikan secara statistik antara tingkat pendidikan terakhir ibu dan kejadian stunting pada anak usia

6–24 bulan. Hal ini ditunjukkan oleh nilai *p-value* sebesar 0,649, yang melebihi batas signifikansi 0,05. Temuan ini menunjukkan bahwa dalam konteks penelitian ini, tingkat pendidikan ibu tidak dapat dianggap sebagai faktor yang secara langsung berpengaruh terhadap status stunting anak.

Hasil analisis menunjukkan bahwa individu yang terpapar faktor ini memiliki kemungkinan sekitar 16,9% lebih rendah untuk mengalami stunting dibandingkan dengan yang tidak terpapar (PR = 0,831). Namun, interval kepercayaan 95% yaitu dari 0,311 hingga 1,832 mencakup angka 1, yang berarti secara statistik tidak signifikan.

Secara teori, pendidikan ibu sering dikaitkan dengan kapasitas dalam memahami informasi kesehatan, termasuk praktik pemberian makan anak dan pengasuhan. Namun, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan formal semata belum tentu menjamin pemahaman atau penerapan praktik pengasuhan yang benar. Kemungkinan terdapat ibu dengan pendidikan rendah yang tetap menerapkan praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) secara tepat melalui pengalaman, pengaruh komunitas, atau akses informasi dari tenaga kesehatan. Sebaliknya, ibu dengan pendidikan tinggi belum tentu memiliki akses waktu atau perhatian penuh terhadap praktik tersebut.

Dengan demikian, tingkat pendidikan formal bukan satu-satunya indikator dalam memahami kualitas pengasuhan dan perawatan anak, dan sebaiknya intervensi pencegahan stunting tetap mengedepankan pendekatan edukatif yang berbasis pemahaman praktis dan akses informasi yang merata, bukan hanya berdasarkan latar belakang pendidikan.

J. Hubungan Status Imunisasi dengan Kejadian Stunting

Imunisasi berperan penting dalam mencegah penyakit infeksi yang dapat berdampak pada status gizi anak, termasuk risiko terjadinya stunting. Anak yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap lebih rentan mengalami infeksi berulang, yang dapat mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Oleh karena itu, penelitian ini mengkaji hubungan antara status imunisasi dengan kejadian stunting pada anak. Hasil analisis disajikan pada Tabel 4.14 berikut.

Tabel 4.14 Hubungan antara Status Imunisasi dengan Kejadian Stunting

Status Imunisasi	Stunting				Total		PR 95% CI	<i>p-value</i>
	Ya		Tidak					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak Lengkap	22	20,0	54	49,1	76	69,1	1,090 (0,963-9,699)	0,056
Lengkap	4	3,6	30	27,3	34	30,9		
Total	26	23,6	84	76,4	110	100		

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan Tabel 4.14 analisis terhadap hubungan antara status imunisasi dan kejadian stunting menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik, meskipun terdapat kecenderungan arah hubungan. Nilai *p-value* sebesar 0,056 meskipun mendekati batas signifikansi 0,05 tetap berada di atas ambang yang disyaratkan untuk menyatakan adanya asosiasi yang kuat secara statistik. Oleh karena itu, hasil ini belum cukup untuk membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara kelengkapan imunisasi dan risiko stunting.

Hasil analisis menunjukkan bahwa individu yang terpapar faktor ini memiliki kemungkinan sekitar 9% lebih tinggi untuk mengalami stunting dibandingkan yang tidak terpapar (PR = 1,090), rentang *confidence interval* (CI 95%) sebesar 0,963–9,699 yang mencakup nilai 1,0 memperkuat kesimpulan bahwa efek perlindungan imunisasi terhadap stunting belum dapat dipastikan secara konsisten dalam populasi yang diteliti. Namun, batas atas CI yang cukup tinggi mengindikasikan adanya potensi risiko yang cukup besar bagi anak yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap, meskipun secara statistik belum signifikan karena kemungkinan keterbatasan jumlah sampel atau variabilitas data.

Secara biologis, imunisasi berperan penting dalam melindungi anak dari penyakit infeksi yang berulang, yang dapat mengganggu penyerapan nutrisi dan memperburuk status gizi. Oleh karena itu, meskipun dalam studi ini hubungan tersebut tidak signifikan secara statistik, temuan ini tetap menunjukkan kecenderungan bahwa anak dengan imunisasi tidak lengkap lebih berisiko mengalami stunting. Hal ini menunjukkan pentingnya meningkatkan cakupan imunisasi lengkap sebagai bagian dari strategi pencegahan stunting secara menyeluruh.

Dengan demikian, hasil penelitian ini menggarisbawahi bahwa intervensi imunisasi tetap memiliki relevansi penting dalam upaya menjaga tumbuh kembang anak, meskipun diperlukan penelitian lebih lanjut dengan ukuran sampel yang lebih besar atau pendekatan *longitudinal* untuk mengkonfirmasi kekuatan hubungan ini.

K. Tingkat Pendapatan dengan Kejadian Stunting

Tingkat pendapatan keluarga merupakan salah satu faktor penentu dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak. Keluarga dengan tingkat pendapatan rendah memiliki keterbatasan dalam akses pangan bergizi, layanan kesehatan, dan pola asuh yang optimal, sehingga berisiko lebih tinggi terhadap kejadian stunting. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara tingkat pendapatan dengan kejadian stunting pada anak. Hasil analisis tersebut disajikan pada Tabel 4.15 berikut.

Tabel 4.15 Hubungan antara Tingkat Pendapatan dengan Kejadian Stunting

Tingkat pendapata n	Stunting				Total		PR 95% CI	p-value
	Ya		Tidak		n	%		
Rendah	23	20,9	68	61,8	91	82,7	1,705 (0,482-5,757)	0,555
Tinggi	3	2,7	16	14,5	19	17,3		
Total	26	23,6	84	76,4	110	100		

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan Tabel 4.14 tidak ditemukan hubungan yang signifikan secara statistik antara tingkat pendapatan keluarga dan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan. Nilai *p-value* sebesar 0,555 ($> 0,05$) menunjukkan bahwa perbedaan proporsi kejadian stunting antara kelompok ekonomi rendah dan tinggi tidak bermakna secara statistik. Dengan demikian, tingkat pendapatan keluarga dalam penelitian ini tidak dapat dianggap sebagai faktor penentu signifikan terhadap status gizi anak.

Hasil analisis menunjukkan bahwa individu yang terpapar faktor ini memiliki peluang sekitar 70,5% lebih tinggi untuk mengalami stunting dibandingkan dengan individu yang tidak terpapar (PR = 1,705), *confidence interval* (CI 95%) sebesar 0,482–5,757 mencakup angka 1, yang mengindikasikan bahwa kemungkinan risiko

stunting pada kelompok ekonomi rendah tidak berbeda secara signifikan dibandingkan kelompok ekonomi tinggi. Rentang CI yang cukup lebar juga menunjukkan adanya variabilitas data yang tinggi, yang bisa saja dipengaruhi oleh distribusi sampel yang tidak seimbang dimana mayoritas pendapatan keluarga dengan status ekonomi rendah.

Secara teori, tingkat pendapatan merupakan determinan penting dalam pemenuhan kebutuhan dasar keluarga, termasuk akses terhadap pangan bergizi, layanan kesehatan, dan lingkungan yang sehat. Namun, hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa tingkat ekonomi keluarga secara formal tidak selalu linier dengan kejadian stunting, karena kemungkinan terdapat faktor protektif lain seperti edukasi kesehatan, dukungan komunitas, atau intervensi aktif dari tenaga kesehatan yang mampu mengurangi dampak negatif dari keterbatasan ekonomi. Artinya, meskipun berada pada tingkat pendapatan rendah, keluarga tetap memiliki peluang untuk mencegah stunting apabila mampu menerapkan praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang sesuai, menjaga kebersihan lingkungan, serta memanfaatkan layanan kesehatan dasar secara optimal.

Hasil ini sejalan dengan studi sebelumnya yang menunjukkan bahwa tingkat pendapatan bukan satu-satunya determinan dalam kejadian stunting, tetapi merupakan bagian dari interaksi kompleks antara faktor gizi, lingkungan, perilaku pengasuhan, dan layanan kesehatan (UNICEF, 2020). Dengan kata lain, pendekatan multisektoral tetap diperlukan dalam upaya pencegahan stunting, dan peningkatan ekonomi rumah tangga sebaiknya didukung dengan edukasi gizi, akses air bersih, dan pemantauan tumbuh kembang anak secara berkala.

Dengan demikian, temuan ini memberikan implikasi penting bagi perumusan kebijakan, yaitu bahwa intervensi untuk menurunkan angka stunting tidak dapat hanya berfokus pada peningkatan ekonomi keluarga, melainkan harus diintegrasikan dengan peningkatan kapasitas pengetahuan dan praktik pengasuhan yang benar pada tingkat rumah tangga.

4.2.5 Analisis Multivariat

Analisis multivariat ini menghubungkan antara banyak variabel bebas (*Independen*) dengan suatu variabel terikat (*Dependen*). Pada penelitian ini analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda dengan model faktor risiko. Model faktor risiko adalah pemodelan yang bertujuan untuk mengestimasi secara valid hubungan satu variabel independen utama (Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan variabel dependen (Stunting) dengan dikontrol oleh beberapa variabel confounding. Tahapan awal uji *confounding* dengan cara memilih dan mempertahankan variabel yang memiliki $p\text{-value} \leq 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang memiliki $p\text{-value} > 0,05$ satu persatu dimulai dari $p\text{-value}$ terbesar. Berikut tahap awal pemodelan uji multivariat.

A. Pemodelan Awal (*Full Model*)

Hasil pemodelan awal (*full model*) yang dilakukan melalui analisis multivariat untuk mengevaluasi hubungan antara berbagai variabel independen terhadap variabel dependen yang diteliti. Analisis ini bertujuan untuk mengidentifikasi variabel-variabel yang berpotensi signifikan dan relevan dalam model sebelum dilakukan penyederhanaan model pada tahap selanjutnya. Setiap variabel ditampilkan bersama nilai $p\text{-value}$, *prevalence ratio* (PR) dalam bentuk *crude*, serta *confidence interval* (CI) 95% dapat dilihat pada tabel 4.15.

Tabel 4.15 Pemodelan Awal (*Full Model*) Analisis Multivariat

Variabel	P-Value	PR Crude	95% CI
PMBA	0,019	2,962	1,086-7,804
MP-ASI	0,000	29,664	6,851-128,446
IMD	0,279	0,515	0,155-1,712
ASI eksklusif	0,025	6,903	1,269-37,539
ASI Lanjutan	0,166	0,300	0,054-1,650
Riwayat Penyakit Infeksi	0,687	0,759	0,199-2,896
Jenis Kelamin	0,342	2,253	0,422-12,019
Umur	0,488	1,041	0,930-1,164
Pendidikan Ibu	0,853	1,115	0,353-3,525
Status Imunisasi	0,217	3,410	0,486-23,912
Tingkat pendapatan	0,519	1,736	0,325-9,265

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan hasil analisis multivariat pada Tabel 4.15, dilakukan identifikasi variabel-variabel yang berpotensi sebagai *confounding* dengan menggunakan batas

$p\text{-value} < 0,25$. Variabel MP ASI menunjukkan hasil yang paling kuat, dengan nilai $p\text{-value}$ sebesar 0,000 PR (*Prevalence Ratio*) sebesar 29,664 dan CI 95%: 6,851–128,446. Ini menunjukkan bahwa anak yang tidak mendapatkan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) secara tepat memiliki risiko hampir 30 kali lebih besar untuk mengalami stunting dibandingkan anak yang menerima Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) secara benar, dan hubungan ini bersifat sangat signifikan secara statistik maupun klinis. Rentang *confidence interval* yang tidak mencakup nilai 1 memperkuat validitas hubungan tersebut.

Selain MP ASI, Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dan ASI eksklusif juga menunjukkan hubungan signifikan dengan kejadian stunting, dengan $p\text{-value}$ sebesar 0,019 dan 0,025. Sebaliknya, variabel lain seperti IMD, ASI lanjutan, riwayat penyakit infeksi, jenis kelamin, usia anak, pendidikan ibu, status imunisasi, dan tingkat pendapatan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik, dengan nilai $p\text{-value} > 0,05$ dan *confidence interval* yang mencakup angka 1. Meskipun beberapa di antaranya secara teoritis dianggap sebagai faktor risiko, namun dalam konteks populasi ini pengaruhnya tidak terbukti bermakna secara statistik.

Dengan demikian, faktor dominan yang mempengaruhi kejadian stunting dalam penelitian ini adalah praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tidak sesuai dan pemberian ASI eksklusif yang tidak optimal. Kedua faktor ini perlu menjadi fokus utama dalam intervensi pencegahan stunting di wilayah kerja Puskesmas Pegayut, terutama mengingat besarnya risiko yang ditunjukkan melalui hasil analisis multivariat ini.

B. Identifikasi Confounding

Hasil identifikasi *confounding* yang dilakukan untuk menilai apakah terdapat variabel yang mempengaruhi hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dalam analisis. Proses ini penting untuk memastikan validitas model akhir dengan mempertimbangkan variabel-variabel yang dapat mempengaruhi. Dapat dilihat dari tabel 4.16 dibawah ini.

Tabel 4.16 Identifikasi *Confounding*

Variabel	Stunting		Perubahan	95% CI	Keterangan
	PR <i>Crude</i>	PR <i>Adjusted</i>	PR (%)		
PMBA	29,664	2,750	90,81%	1,054-7,205	Tidak Dikeluarkan
MP-ASI	29,664	28,851	2,74%	6,991-119,069	Dikeluarkan
ASI eksklusif	29,664	5,361	81,93%	1,129-25,467	Tidak Dikeluarkan
ASI Lanjutan	29,664	0,402	98,64%	0,088-1,842	Tidak Dikeluarkan
Status Imunisasi	29,664	4,696	84,17%	1,145-19,257	Tidak Dikeluarkan

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Berdasarkan Tabel 4.16 Identifikasi variabel *confounding* dilakukan dengan membandingkan nilai *Prevalence Ratio (PR)* sebelum dan sesudah penyesuaian (*crude vs adjusted*). Suatu variabel dikategorikan sebagai *confounder* apabila perubahan PR setelah penyesuaian mencapai $\geq 10\%$, karena ini menunjukkan adanya pengaruh terhadap hubungan antara variabel utama dan variabel dependen.

Hasil analisis menunjukkan bahwa MP ASI mengalami perubahan PR sebesar 2,74%, yang berada jauh di bawah ambang batas 10%. Oleh karena itu, Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) tidak dikategorikan sebagai variabel *confounder*, melainkan tetap dipertahankan sebagai variabel independen utama dalam model, karena hubungannya dengan kejadian stunting bersifat langsung dan signifikan.

Sebaliknya, variabel Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), ASI eksklusif, ASI lanjutan, dan status imunisasi menunjukkan perubahan PR yang cukup besar setelah penyesuaian, yaitu masing-masing sebesar 90,81, 81,93%, 98,64%, dan 84,17%. Nilai ini menunjukkan bahwa ketiga variabel tersebut berpotensi mempengaruhi kekuatan hubungan antara Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dan kejadian stunting. Dengan demikian, ketiganya dikategorikan sebagai variabel *confounder* dan perlu dipertahankan dalam model akhir.

Hasil ini memperkuat pentingnya mempertimbangkan faktor-faktor tambahan dalam analisis epidemiologis, karena ketidaktepatan dalam mengendalikan *confounder* dapat menyebabkan estimasi yang bias terhadap hubungan kausal yang diteliti. Dengan mengeliminasi efek *confounding* dari ASI eksklusif, ASI lanjutan, dan imunisasi, diperoleh model hubungan yang lebih valid dan akurat antara praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dan risiko

stunting.

C. Pemodelan Akhir (*Final Model*)

Hasil pemodelan akhir (*final model*) dari analisis multivariat yang dilakukan setelah melalui proses seleksi variabel dan identifikasi *confounding*. Model akhir ini memuat variabel-variabel yang dianggap paling berpengaruh secara statistik terhadap variabel dependen setelah penyesuaian dilakukan. Disajikan dalam tabel adalah nilai *p-value*, *Prevalence Ratio (PR) Crude*, serta *confidence interval (CI)* 95% untuk masing-masing variabel yang masuk ke dalam model akhir pada tabel 4.17 berikut.

Tabel 4.17 Pemodelan Akhir (*Final Model*) Analisis Multivariat

Variabel	95% CI	PR Crude	P-Value
PMBA	1,054-7,205	2,750	0,019
ASI eksklusif	1,129-25,467	5,361	0,035
ASI Lanjutan	0,088-1,842	0,402	0,240
Status Imunisasi	1,145-19,257	4,696	0,032

Sumber : Data Primer Penelitian 2024

Pada tabel 4.17 tahap pemodelan akhir, variabel yang dimasukkan adalah variabel utama dan *confounder* yang lolos dari analisis bivariat dengan *p-value* < 0,25. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) tidak tepat memiliki risiko stunting sebesar 2,75 kali lebih tinggi dibandingkan anak dengan praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) tepat setelah dikontrol dengan variabel lain (95% CI: 1,054–7,205; $p = 0,019$). Karena interval kepercayaan tidak mencakup angka 1 dan *p-value* < 0,05, maka hubungan ini signifikan secara statistik. Artinya, praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang baik berperan sebagai faktor protektif terhadap stunting.

Selain Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), pemberian ASI eksklusif juga menunjukkan asosiasi yang signifikan terhadap stunting dengan $p = 0,035$, PR 5,361 dan CI 95%: 1,129–25,467. Hal ini mengindikasikan bahwa anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif memiliki risiko lebih dari 5 kali lipat mengalami stunting. Demikian pula, status imunisasi berkontribusi secara signifikan terhadap kejadian stunting ($p = 0,032$), dengan PR 4,696 dan CI 95%: 1,145–19,257, yang berarti bahwa imunisasi tidak lengkap meningkatkan risiko stunting hampir 5 kali

lipat.

Sementara itu, variabel ASI lanjutan tidak menunjukkan signifikansi dalam model akhir ($p = 0,240$) dengan CI yang mencakup angka 1 (0,088–1,842), menandakan bahwa faktor ini tidak memiliki pengaruh independen terhadap stunting dalam populasi yang diteliti.

Secara keseluruhan, hasil pemodelan akhir ini menegaskan bahwa praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tidak tepat, tidak diberikan ASI eksklusif, dan status imunisasi yang tidak lengkap merupakan determinan signifikan terhadap kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan. Ketiga faktor tersebut perlu menjadi fokus utama dalam intervensi promotif dan preventif untuk menurunkan prevalensi stunting di wilayah kerja Puskesmas Pegayut.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Gambaran Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) merupakan komponen fundamental dalam upaya pencegahan stunting, terutama pada masa 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yang merupakan fase kritis dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas ibu belum sepenuhnya menerapkan praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) secara tepat sesuai dengan standar WHO dan Kementerian Kesehatan. Ketidaksesuaian ini terlihat dari aspek waktu pemberian MP-ASI yang kurang tepat, frekuensi dan jumlah makanan yang belum memenuhi kebutuhan anak, serta kurangnya penerapan cara pemberian makan yang benar dan responsif. Praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tidak optimal ini menjadi salah satu determinan utama yang berkontribusi terhadap kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan.

Temuan ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa kualitas praktik pemberian makan secara langsung mempengaruhi status gizi anak. Anak yang tidak mendapatkan makanan bergizi, dalam jumlah yang cukup, dan dengan frekuensi yang sesuai, sangat rentan mengalami defisiensi zat gizi yang dapat menghambat pertumbuhan. Hal ini juga diperkuat oleh beberapa penelitian sebelumnya, seperti

yang dilakukan oleh Rahayu et al. (2020) dan Laksono et al. (2022), yang menyatakan bahwa anak-anak dengan praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang buruk memiliki risiko lebih tinggi mengalami stunting dibandingkan mereka yang mendapatkan pola makan sesuai rekomendasi. Selain itu, kurangnya pemahaman ibu tentang prinsip-prinsip Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) sering kali dikaitkan dengan rendahnya tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan. Namun demikian, penting untuk dicatat bahwa tingkat pendidikan formal ibu tidak selalu menjadi penentu utama keberhasilan praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA). Dalam banyak kasus, ibu dengan pendidikan rendah tetap mampu menerapkan pola asuh dan pemberian makan yang baik apabila mendapatkan informasi yang benar dan pendampingan dari tenaga kesehatan.

Dengan demikian, hasil penelitian ini menegaskan bahwa praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tidak tepat memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian stunting. Upaya peningkatan status gizi anak tidak hanya cukup dengan penyediaan makanan bergizi, namun juga memerlukan edukasi intensif dan dukungan berkelanjutan kepada ibu atau pengasuh, agar prinsip-prinsip Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dapat diterapkan secara konsisten dalam kehidupan sehari-hari. Penekanan pada edukasi berbasis budaya lokal, komunikasi interpersonal melalui kader atau petugas gizi, serta penguatan layanan posyandu menjadi langkah penting untuk menurunkan prevalensi stunting melalui perbaikan praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

4.3.2 Gambaran Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pegayut masih tergolong tinggi dan menunjukkan adanya permasalahan serius dalam pemenuhan gizi anak. Berdasarkan hasil pengukuran antropometri dengan indikator tinggi badan menurut umur (TB/U), prevalensi stunting tercatat sebesar 23,6%. Angka ini menunjukkan bahwa hampir seperempat anak usia 6–24 bulan di wilayah tersebut mengalami gangguan pertumbuhan kronis. Angka ini masih berada pada kategori tinggi dan mencerminkan adanya permasalahan serius dalam pemenuhan gizi dan kesehatan anak pada masa awal kehidupan, khususnya dalam

periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

Temuan ini sejalan dengan laporan Riskesdas 2018 yang mencatat prevalensi stunting nasional sebesar 30,8%, di mana prevalensi cenderung lebih tinggi pada daerah dengan tingkat kemiskinan yang tinggi serta keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dan gizi. Data dari WHO (2021) juga mendukung hal ini, menyebutkan bahwa stunting merupakan salah satu indikator ketimpangan sosial dan ekonomi yang mencolok, terutama di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia.

Dampak jangka panjang dari stunting sangat serius dan bersifat multidimensional. Anak yang mengalami stunting berisiko menghadapi gangguan perkembangan kognitif, penurunan prestasi akademik, rendahnya produktivitas di masa dewasa, hingga kerentanan terhadap penyakit tidak menular. Kondisi ini secara langsung memengaruhi kualitas sumber daya manusia dan menghambat pencapaian pembangunan nasional yang berkelanjutan.

Prevalensi stunting sebesar 23,6% di wilayah studi ini mengindikasikan belum optimalnya praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), terbatasnya akses terhadap pelayanan gizi dan kesehatan dasar, serta rendahnya literasi gizi di kalangan orang tua. Oleh karena itu, diperlukan intervensi yang komprehensif dan berkelanjutan, mencakup edukasi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) berbasis bukti, peningkatan literasi gizi ibu, pemantauan pertumbuhan secara berkala, serta perbaikan akses terhadap sanitasi dan imunisasi. Dengan pendekatan tersebut, diharapkan prevalensi stunting dapat ditekan dan kualitas hidup anak di masa mendatang dapat meningkat secara bermakna.

4.3.3 Hubungan antara Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) merupakan determinan utama dalam pencegahan stunting pada masa awal kehidupan. Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) mencakup sejumlah praktik esensial, seperti Inisiasi Menyusui Dini (IMD), pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama, pengenalan makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat waktu, bergizi, dan

higienis, serta keberlanjutan pemberian ASI hingga usia dua tahun atau lebih. Dalam penelitian ini, ditemukan hubungan yang signifikan antara ketepatan praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan status stunting pada anak usia 6–24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pegayut.

Hasil analisis bivariat pada Tabel 4.6 menunjukkan bahwa praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting. Hasil analisis bivariat diperoleh nilai Prevalence Ratio (PR) sebesar 2,90. Artinya, anak yang mendapatkan praktik PMBA yang tidak tepat memiliki risiko mengalami stunting 2,9 kali lebih besar dibandingkan anak yang mendapatkan PMBA tepat sesuai anjuran. Nilai confidence interval (CI) 95% yang diperoleh adalah 1,08–7,80. Rentang CI ini tidak mencakup angka 1,0 sehingga dapat diartikan bahwa hasil hubungan ini signifikan secara statistik dan kecil kemungkinan terjadi karena faktor kebetulan. Semakin sempit rentang CI, semakin presisi estimasi PR yang diperoleh.

Selain itu, hasil uji statistik menunjukkan $p\text{-value} = 0,019$. Nilai $p\text{-value}$ yang lebih kecil dari batas signifikansi ($\alpha = 0,05$) ini menguatkan bahwa ada hubungan bermakna antara ketepatan praktik PMBA dengan kejadian stunting. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa praktik PMBA yang tidak sesuai menjadi salah satu faktor risiko penting yang berkontribusi terhadap tingginya angka stunting pada anak..

Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa praktik PMBA yang tidak sesuai rekomendasi WHO dapat meningkatkan risiko kekurangan gizi dan stunting. Pemberian makan yang tidak tepat, baik dari segi waktu pemberian MP-ASI, frekuensi, variasi menu, maupun jumlah asupan energi dan zat gizi, berdampak langsung pada status gizi anak. Seperti yang dijelaskan oleh Dewey & Adu-Afarwuah (2008), praktik pemberian makan yang tidak sesuai kebutuhan pertumbuhan anak akan menghambat asupan energi dan protein yang diperlukan sehingga mengganggu proses tumbuh kembang.

Selain itu, WHO (2021) menekankan bahwa praktik PMBA yang tepat meliputi pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama, dilanjutkan dengan MP-ASI yang adekuat, tepat waktu, aman, dan bergizi. Bila hal tersebut tidak dilakukan,

risiko anak mengalami pertumbuhan terhambat menjadi lebih besar, terutama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang merupakan periode emas bagi perkembangan anak.

Hasil penelitian ini memperkuat bukti bahwa penerapan praktik PMBA yang tepat sangat berperan penting dalam mencegah stunting. Intervensi yang menekankan edukasi kepada ibu terkait cara pemberian makan yang benar, baik kuantitas maupun kualitas makanan, perlu ditingkatkan sebagai upaya menurunkan angka stunting di masyarakat. Dengan demikian, hasil penelitian ini menegaskan bahwa ketepatan dalam praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) tidak hanya berkontribusi pada pemenuhan kebutuhan gizi anak secara harian, tetapi juga memiliki dampak jangka panjang terhadap pencegahan stunting. Oleh karena itu, diperlukan intervensi yang komprehensif seperti edukasi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) berbasis bukti, pemantauan pertumbuhan secara rutin, dan pendampingan intensif kepada ibu dan pengasuh anak selama masa HPK untuk menurunkan prevalensi stunting secara berkelanjutan.

4.3.4 Hubungan antara MP-ASI dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) merupakan salah satu komponen kunci dalam pencegahan stunting pada masa awal kehidupan. MP-ASI mencakup praktik pemberian makanan tambahan yang dimulai pada usia enam bulan, dengan kualitas dan kuantitas yang memadai, tekstur yang sesuai usia, variasi makanan yang cukup, frekuensi yang tepat, serta higienitas dalam penyajiannya. Dalam penelitian ini, ditemukan hubungan yang signifikan antara ketepatan praktik pemberian MP-ASI dengan status stunting pada anak usia 6–24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pegayut.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa anak-anak yang menerima MP-ASI yang tidak tepat memiliki risiko stunting yang jauh lebih tinggi. Secara deskriptif, proporsi anak yang mengalami stunting pada kelompok MP-ASI tidak tepat jauh lebih besar dibandingkan dengan kelompok yang menerima MP-ASI sesuai anjuran. Uji statistik memperkuat temuan ini dengan nilai $p\text{-value} < 0,05$,

menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik antara praktik pemberian MP-ASI dan kejadian stunting.

Lebih lanjut, hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa praktik MP-ASI yang tidak tepat memiliki hubungan yang kuat terhadap kejadian stunting. Anak yang tidak mendapatkan MP-ASI sesuai pedoman memiliki risiko berlipat kali lebih besar mengalami stunting dibandingkan anak yang menerima MP-ASI dengan tepat. Nilai rasio risiko yang diperoleh menunjukkan hubungan signifikan secara statistik dengan interval kepercayaan (CI) 95% yang tidak mencakup angka 1,0, menandakan bahwa hubungan ini bukan terjadi secara kebetulan.

Tingginya rasio risiko ini menunjukkan bahwa praktik pemberian MP-ASI yang tidak tepat menjadi salah satu faktor dominan dalam terjadinya stunting. Temuan ini sejalan dengan rekomendasi WHO dan UNICEF (2021) yang menegaskan bahwa pemberian MP-ASI yang tidak adekuat baik dari segi tekstur, frekuensi, jumlah, maupun keragaman makanan merupakan penyebab langsung kekurangan gizi kronis dan gangguan pertumbuhan pada anak.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh Arimond dan Ruel (2004) yang menyatakan bahwa rendahnya keragaman pangan dan pemberian MP-ASI yang tidak sesuai usia dapat meningkatkan risiko stunting. Pemberian MP-ASI yang tidak responsif serta tidak memenuhi kebutuhan gizi anak akan mengakibatkan defisit asupan energi dan zat gizi penting, terutama pada periode krusial 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang sangat menentukan kualitas pertumbuhan dan perkembangan anak di masa depan.

Dengan demikian, ketepatan dalam praktik pemberian MP-ASI tidak hanya berperan dalam pemenuhan kebutuhan gizi harian anak, tetapi juga berdampak besar terhadap pencegahan stunting secara jangka panjang. Intervensi yang komprehensif seperti edukasi berbasis bukti mengenai pemberian MP-ASI, pemantauan status gizi dan pertumbuhan secara rutin, serta pendampingan intensif kepada ibu dan pengasuh sangat diperlukan untuk menurunkan prevalensi stunting secara berkelanjutan.

4.3.5 Hubungan antara Inisiasi Menyusui Dini dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara praktik Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dengan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pegayut ($p = 0,265$). Hasil ini secara statistik menunjukkan bahwa IMD bukanlah faktor yang secara langsung mempengaruhi status stunting dalam populasi yang diteliti. Meskipun demikian, secara deskriptif, proporsi stunting justru sedikit lebih tinggi pada kelompok anak yang mendapatkan IMD (13,6%) dibandingkan yang tidak mendapatkannya (10,0%). Kondisi ini tentu berbeda dengan sejumlah teori dan hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa IMD berperan penting dalam pencegahan stunting.

Ketidaksesuaian antara teori dan hasil penelitian ini dapat dijelaskan melalui beberapa kemungkinan. Pertama, IMD merupakan intervensi awal yang manfaatnya lebih banyak terkait pada keberhasilan Menyusui dan pencegahan infeksi di masa neonatal, bukan secara langsung pada status gizi jangka panjang seperti stunting. Efek protektif dari IMD terhadap stunting kemungkinan besar bersifat tidak langsung, misalnya melalui peningkatan keberhasilan ASI eksklusif atau kualitas daya tahan tubuh, yang kemudian baru berdampak terhadap pertumbuhan. Jika faktor lanjutan seperti ASI eksklusif, MP-ASI, serta frekuensi infeksi tidak optimal, maka manfaat awal dari IMD menjadi tereduksi.

Kedua, kemungkinan adanya variabel perancu (confounding) yang tidak terkontrol dalam penelitian ini, seperti kualitas pemberian makan setelah masa IMD, status tingkat pendapatan, pola asuh, dan sanitasi lingkungan, dapat mempengaruhi hubungan antara IMD dan kejadian stunting. Artinya, meskipun seorang anak telah mendapatkan IMD, jika asupan gizi setelahnya tidak memadai atau anak sering terpapar infeksi, maka risiko stunting tetap tinggi.

Ketiga, proporsi sampel yang relatif seimbang antara kelompok yang menerima dan tidak menerima IMD, namun dengan distribusi kejadian stunting yang tidak terlalu kontras, dapat mempengaruhi kekuatan uji statistik. Dengan p -value sebesar 0,265 dan confidence interval (CI) yang mencakup angka 1, maka

hubungan yang ditemukan tidak cukup kuat untuk dinyatakan bermakna secara statistik. Hal ini juga bisa terjadi karena keterbatasan jumlah sampel, yang berimplikasi pada rendahnya power statistik.

Secara teoritis, IMD tetap dipandang sebagai salah satu intervensi penting dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), karena membantu bayi memperoleh kolostrum yang kaya akan zat kekebalan dan nutrisi esensial. WHO (2020) menegaskan bahwa IMD dapat meningkatkan imunitas, mencegah infeksi dini, dan mendukung ikatan ibu-anak yang erat, sehingga berkontribusi pada keberhasilan Menyusui dan kesehatan anak secara umum. Beberapa studi, seperti oleh Titaley et al. (2019) dan Berhe et al. (2019), menyimpulkan bahwa IMD berperan dalam menurunkan prevalensi stunting, terutama pada kelompok masyarakat dengan akses terbatas terhadap gizi dan layanan kesehatan.

Dengan demikian, meskipun hasil penelitian ini tidak menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik, hal tersebut tidak serta-merta menghilangkan pentingnya pelaksanaan IMD sebagai bagian dari intervensi gizi dini. Peneliti berpendapat bahwa manfaat IMD lebih tepat dilihat sebagai bagian dari rangkaian praktik pemberian makan dan perawatan bayi secara menyeluruh. Hasil ini mengindikasikan perlunya pendekatan terpadu dalam mencegah stunting, yang tidak hanya berfokus pada satu aspek (seperti IMD), tetapi juga mencakup praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) secara keseluruhan, edukasi gizi, sanitasi, dan akses layanan kesehatan. Penelitian lanjutan dengan desain prospektif dan ukuran sampel yang lebih besar disarankan untuk menilai secara lebih mendalam hubungan antara IMD dan status gizi jangka panjang pada anak.

4.3.6 Hubungan antara ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan, sebagaimana ditunjukkan oleh nilai p-value sebesar 0,502 ($p > 0,05$). Proporsi stunting pada kelompok anak yang menerima ASI eksklusif (11,8%) ternyata sama dengan kelompok yang tidak menerima ASI

eksklusif (11,8%), sehingga tidak menunjukkan perbedaan bermakna secara statistik.

Berdasarkan pendapat peneliti, tidak ditemukannya hubungan yang signifikan antara ASI eksklusif dan stunting dalam penelitian ini dapat disebabkan oleh beberapa hal. Pertama, durasi pemberian ASI eksklusif yang tepat belum tentu diikuti oleh praktik pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang sesuai setelah usia 6 bulan. Artinya, meskipun anak telah menerima ASI eksklusif, kualitas dan kuantitas MP-ASI yang tidak adekuat dapat tetap menyebabkan defisit gizi jangka panjang yang memicu stunting.

Kedua, status gizi ibu pada masa kehamilan dan Menyusui yang tidak optimal juga dapat mempengaruhi kualitas ASI yang diberikan. ASI eksklusif hanya akan memberikan perlindungan maksimal apabila ibu dalam kondisi sehat dan tercukupi nutrisinya, terutama dalam hal zat gizi mikro seperti zat besi, zinc, dan vitamin A.

Ketiga, faktor lingkungan dan sanitasi yang kurang mendukung, seperti air bersih yang tidak layak atau kondisi rumah tangga yang tidak higienis, dapat memicu infeksi berulang (seperti diare), yang pada akhirnya menurunkan penyerapan gizi anak meskipun sudah menerima ASI eksklusif.

Meskipun tidak signifikan pada analisis bivariat, hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa ASI eksklusif memiliki perubahan Prevalence Ratio (PR) sebesar 81,93% setelah penyesuaian, dari crude PR 29,664 menjadi adjusted PR 5,361, dengan *confidence interval* 95% sebesar 1,129–25,467. Perubahan lebih dari 10% ini menunjukkan bahwa ASI eksklusif merupakan confounder yang cukup kuat, sehingga tetap dimasukkan ke dalam model final. Artinya, ASI eksklusif tetap berpengaruh terhadap hubungan antara praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian stunting.

Temuan ini mendukung teori yang menyebutkan bahwa ASI eksklusif memang penting sebagai perlindungan awal terhadap gangguan pertumbuhan, namun dampaknya terhadap stunting lebih efektif jika dikombinasikan dengan praktik gizi lanjutan yang baik dan lingkungan yang sehat (Victora et al., 2016; Dewey & Begum, 2011). Oleh karena itu, intervensi pencegahan stunting tidak

cukup hanya dengan mendorong ASI eksklusif, namun juga harus mencakup edukasi MP-ASI, sanitasi lingkungan, pemantauan tumbuh kembang, dan dukungan ekonomi keluarga.

4.3.7 Hubungan antara ASI Lanjutan dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara pemberian ASI lanjutan dengan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan, sebagaimana ditunjukkan oleh nilai p -value sebesar 1,000 ($p > 0,05$). Proporsi anak yang mengalami stunting pada kelompok yang tidak mendapatkan ASI lanjutan adalah 15,5%, sedangkan pada kelompok yang mendapatkan ASI lanjutan adalah 8,2%. Meskipun secara deskriptif terlihat bahwa anak yang menerima ASI lanjutan memiliki proporsi stunting yang lebih rendah, perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik.

Hasil ini diperkuat oleh analisis multivariat yang menunjukkan bahwa Prevalence Ratio (PR) pemberian ASI lanjutan sebesar 0,402, dengan *Confidence Interval* (CI) 95% antara 0,088–1,842, dan p -value sebesar 0,240. Karena interval kepercayaan mencakup angka 1 dan nilai $p > 0,05$, maka secara statistik pemberian ASI lanjutan tidak berhubungan signifikan dengan kejadian stunting dalam model analisis ini.

Berdasarkan opini peneliti, tidak adanya hubungan yang signifikan ini dapat dijelaskan oleh beberapa hal penting. Pertama, pemberian ASI lanjutan tanpa disertai kualitas dan kuantitas makanan pendamping (MP-ASI) yang baik tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi anak di atas usia 6 bulan, terutama kebutuhan akan zat gizi makro dan mikro yang meningkat pesat selama periode pertumbuhan. ASI lanjutan bersifat pelengkap, bukan pengganti makanan utama, sehingga apabila MP-ASI yang diberikan tidak adekuat, anak tetap berisiko mengalami defisit nutrisi kronis.

Kedua, peran lingkungan seperti sanitasi, infeksi berulang, serta status kesehatan ibu dan anak juga menjadi faktor penentu dalam kejadian stunting. Anak yang terus diberikan ASI namun tinggal di lingkungan dengan kebersihan buruk

atau sering mengalami infeksi saluran cerna tetap berisiko mengalami gangguan pertumbuhan karena terganggunya penyerapan zat gizi.

Ketiga, kemungkinan adanya bias informasi dari responden misalnya, ibu menyebutkan bahwa anak masih mendapat ASI padahal pemberian sudah sangat jarang atau tidak dalam jumlah cukup juga dapat mempengaruhi hasil yang tidak signifikan.

Secara teori, WHO (2019) tetap merekomendasikan pemberian ASI lanjutan hingga usia 2 tahun atau lebih karena ASI mengandung antibodi, energi, dan zat gizi penting, namun efeknya terhadap pertumbuhan linear lebih kecil dibandingkan pada usia di bawah 6 bulan. Penelitian Dewey & Begum (2011) juga menyatakan bahwa ASI lanjutan hanya efektif dalam mendukung pertumbuhan jika dikombinasikan dengan MP-ASI yang bergizi serta praktik pengasuhan dan lingkungan yang sehat.

Temuan ini menunjukkan bahwa pencegahan stunting membutuhkan pendekatan multidimensi. ASI lanjutan memang bermanfaat, tetapi tidak dapat berdiri sendiri sebagai intervensi tunggal. Penanganan stunting memerlukan intervensi terpadu yang meliputi pemenuhan gizi lengkap, sanitasi yang baik, akses layanan kesehatan, dan edukasi kepada orang tua. Seperti yang ditegaskan oleh Black et al. (2013), stunting merupakan masalah kompleks yang dipengaruhi oleh interaksi antara gizi, infeksi, lingkungan, dan faktor tingkat pendapatan, sehingga solusi yang diberikan harus bersifat komprehensif.

4.3.8 Hubungan antara Riwayat Penyakit Infeksi dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara riwayat penyakit infeksi dengan kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan di wilayah studi, sebagaimana ditunjukkan oleh nilai *p*-value sebesar 0,607 ($p > 0,05$). Meskipun secara deskriptif terlihat bahwa proporsi anak stunting lebih tinggi pada kelompok yang memiliki riwayat infeksi (16,4%) dibandingkan dengan kelompok yang tidak memiliki riwayat infeksi (7,3%),

perbedaan tersebut tidak cukup bermakna secara statistik untuk disimpulkan sebagai hubungan yang signifikan.

Dari sudut pandang peneliti, ketidaksignifikanan ini dapat disebabkan oleh beberapa kemungkinan. Pertama, pengukuran variabel infeksi yang digunakan bersifat umum dan tidak mengklasifikasikan jenis serta frekuensi infeksi. Padahal, pengaruh infeksi terhadap status gizi cenderung lebih kuat pada infeksi yang berat atau berulang, seperti diare kronis atau infeksi saluran pernapasan atas yang berlangsung lama. Dalam penelitian ini, jika infeksi yang dilaporkan hanya bersifat ringan atau sporadis, maka kontribusinya terhadap gangguan pertumbuhan mungkin tidak terlalu besar.

Kedua, kemungkinan terjadinya bias informasi atau keterbatasan dalam pencatatan riwayat penyakit oleh responden juga dapat mempengaruhi hasil. Sebagian ibu mungkin tidak secara akurat mengingat atau melaporkan kejadian infeksi anak, terutama jika tidak tercatat secara medis. Hal ini dapat mengaburkan hubungan antara infeksi dan stunting.

Ketiga, kemungkinan adanya faktor perancu lain seperti kualitas asupan gizi, praktik pengasuhan, imunisasi, atau sanitasi lingkungan yang lebih dominan dalam mempengaruhi kejadian stunting. Jika faktor-faktor ini tidak dikendalikan sepenuhnya dalam analisis, maka efek infeksi dapat tertutupi (terkonfounded) oleh pengaruh variabel lain yang lebih kuat.

Namun demikian, penting untuk ditekankan bahwa hasil ini tidak berarti bahwa infeksi tidak memiliki peran dalam terjadinya stunting. Secara teori dan bukti ilmiah, infeksi yang berulang, terutama pada masa awal kehidupan, berpotensi mengganggu penyerapan zat gizi, meningkatkan kebutuhan energi, serta memicu peradangan kronis yang berdampak pada pertumbuhan linear anak. Penelitian sebelumnya oleh Dewey & Mayers (2011) serta laporan Kementerian Kesehatan RI (2018) menunjukkan bahwa anak-anak yang sering mengalami infeksi, seperti diare dan ISPA, lebih berisiko mengalami gangguan tumbuh kembang dan stunting, terutama bila infeksi tersebut terjadi pada masa 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

Dengan demikian, meskipun hasil penelitian ini tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, pencegahan dan penanganan penyakit infeksi tetap perlu menjadi prioritas dalam program intervensi gizi dan pencegahan stunting. Ke depan, diperlukan penelitian lanjutan yang mempertimbangkan klasifikasi jenis infeksi, durasi, dan keparahan untuk memperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai peran infeksi dalam kejadian stunting.

4.3.9 Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Berdasarkan hasil penelitian ini, diketahui bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian stunting pada anak usia 24–59 bulan, sebagaimana ditunjukkan oleh nilai p-value sebesar 0,169 ($p > 0,05$). Meskipun secara deskriptif terlihat bahwa proporsi stunting sedikit lebih tinggi pada anak laki-laki (17,3%) dibandingkan perempuan (6,4%), perbedaan tersebut tidak cukup kuat secara statistik untuk disimpulkan sebagai hubungan yang bermakna.

Dari sudut pandang peneliti, hasil ini menegaskan bahwa jenis kelamin bukan merupakan determinan utama dalam kejadian stunting di wilayah studi. Kemungkinan besar, faktor-faktor lain seperti kualitas asupan gizi, praktik pemberian makan, sanitasi, status kesehatan, serta latar belakang tingkat pendapatan keluarga memiliki pengaruh yang lebih dominan. Hal ini menunjukkan bahwa risiko stunting pada anak lebih bersifat kontekstual dan multidimensional dibandingkan dengan hanya sekadar faktor biologis seperti jenis kelamin.

Temuan ini didukung oleh studi Nankabirwa et al. (2019) yang menyatakan bahwa secara umum tidak terdapat perbedaan bermakna dalam prevalensi stunting antara anak laki-laki dan perempuan. Begitu pula dalam laporan WHO (2020), disebutkan bahwa pola stunting berdasarkan jenis kelamin tidak selalu konsisten antar wilayah, dan sangat dipengaruhi oleh konteks lingkungan, budaya, serta akses terhadap sumber daya keluarga.

Namun, peneliti juga menyadari bahwa terdapat literatur lain seperti Wamani et al. (2007) yang melalui meta-analisis menunjukkan bahwa anak laki-

laki di berbagai negara berkembang lebih rentan mengalami stunting. Hal ini dikaitkan dengan faktor kebutuhan energi yang lebih tinggi serta sensitivitas fisiologis laki-laki terhadap tekanan nutrisi dan infeksi. Meski demikian, dalam konteks lokal penelitian ini, pengaruh tersebut tidak tampak signifikan kemungkinan karena variabel lingkungan dan sosial lebih berperan dalam membentuk pola kejadian stunting.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa intervensi pencegahan stunting tidak perlu dibedakan berdasarkan jenis kelamin, melainkan harus diarahkan pada peningkatan kualitas pola asuh, pemenuhan gizi seimbang, sanitasi yang baik, dan peningkatan literasi kesehatan keluarga secara menyeluruh. Pencegahan stunting yang efektif harus berbasis pada pemahaman akan kompleksitas faktor risiko, bukan hanya pada karakteristik demografis anak semata.

4.3.10 Hubungan antara Usia dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Hasil analisis dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia anak dan kejadian stunting ($p = 0,516$). Rata-rata usia anak yang mengalami stunting adalah 14,31 bulan, sementara pada anak yang tidak mengalami stunting rata-ratanya adalah 15,07 bulan. Selisih usia rata-rata yang hanya 0,76 bulan dan rentang *Confidence Interval* yang mencakup nol menunjukkan bahwa perbedaan tersebut sangat kecil dan tidak bermakna secara statistik. Dengan demikian, dalam populasi penelitian ini, usia anak dalam rentang 6–24 bulan tidak berkorelasi secara langsung dengan peningkatan risiko stunting.

Secara biologis, usia anak sering kali dikaitkan dengan risiko stunting karena dampak kumulatif dari kekurangan gizi kronis umumnya menjadi lebih nyata seiring bertambahnya usia, khususnya setelah melewati usia dua tahun. WHO (2017) menyebutkan bahwa fase kritis pertumbuhan linear terjadi dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), dan sebagian besar kasus stunting mulai tampak jelas antara usia 6 hingga 24 bulan. Demikian pula, Martorell et al. (2010) menegaskan bahwa prevalensi stunting meningkat secara progresif dalam dua tahun pertama kehidupan anak sebagai dampak dari asupan gizi yang tidak memadai dan paparan

infeksi berulang.

Namun, temuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa baik anak yang masih berada pada usia awal (sekitar 6–12 bulan) maupun anak yang lebih besar (13–24 bulan) memiliki kemungkinan stunting yang relatif serupa. Menurut pandangan peneliti, ketidaksignifikanan ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Pertama, karakteristik populasi studi yang relatif homogen, baik dari segi pola pengasuhan, akses makanan, maupun status kesehatan, membuat variasi risiko berdasarkan usia menjadi tidak terlalu mencolok. Kedua, rentang usia yang terbatas (hanya 6–24 bulan) membuat akumulasi dampak defisiensi gizi yang lebih nyata yang biasanya terlihat setelah usia 24 bulan belum sepenuhnya terobservasi dalam kelompok ini. Ketiga, ukuran sampel yang terbatas juga dapat mempengaruhi sensitivitas analisis dalam mendeteksi perbedaan yang signifikan.

Dengan demikian, meskipun dalam penelitian ini usia anak tidak terbukti berhubungan signifikan secara statistik dengan kejadian stunting, hal ini tidak serta merta meniadakan pentingnya usia sebagai faktor risiko. Dalam konteks kebijakan kesehatan masyarakat, usia tetap merupakan faktor krusial yang perlu diperhatikan. Intervensi pencegahan stunting harus difokuskan pada periode emas pertumbuhan, yaitu sejak masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun, di mana kebutuhan nutrisi dan stimulasi sangat tinggi. Oleh karena itu, hasil ini harus ditafsirkan dengan hati-hati, dan bukan menjadi dasar untuk mengesampingkan peran usia dalam pencegahan stunting secara menyeluruh.

4.3.11 Hubungan antara Pendidikan Terakhir Ibu dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Pendidikan ibu secara luas diakui sebagai salah satu faktor penting yang mempengaruhi status gizi anak. Ibu dengan tingkat pendidikan formal yang lebih rendah cenderung memiliki keterbatasan dalam mengakses informasi kesehatan, memahami kebutuhan gizi anak, serta menerapkan pola asuh dan praktik pemberian makan yang sesuai. Studi oleh Puspitasari et al. (2022) menunjukkan bahwa anak dari ibu yang hanya berpendidikan sekolah dasar memiliki risiko 1,587 kali lebih tinggi mengalami stunting dibandingkan anak dari ibu yang memiliki pendidikan

perguruan tinggi. Demikian pula, hasil penelitian di Desa Mataram Ilir menunjukkan adanya hubungan signifikan antara pendidikan ibu dan kejadian stunting ($p = 0,000$; $OR = 3,313$), memperkuat asumsi bahwa pendidikan ibu berkontribusi besar terhadap status gizi anak.

Namun demikian, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara pendidikan ibu dengan kejadian stunting ($p\text{-value} = 0,649$). Meskipun secara deskriptif proporsi anak stunting lebih tinggi pada kelompok ibu dengan pendidikan rendah, perbedaan tersebut tidak cukup kuat secara statistik untuk dinyatakan bermakna.

Salah satu alasan ketidaksignifikanan ini bisa disebabkan oleh keterbatasan dalam pendekatan pengukuran. Dalam penelitian ini, pendidikan ibu diukur berdasarkan tingkat pendidikan formal terakhir yang ditamatkan, tanpa mempertimbangkan kualitas pendidikan atau literasi gizi yang sebenarnya dimiliki ibu. Artinya, tingkat pendidikan formal tidak selalu mencerminkan pemahaman ibu tentang gizi dan perawatan anak secara akurat. Ada kemungkinan bahwa sebagian ibu dengan pendidikan rendah memiliki pengalaman atau akses informasi yang cukup mengenai praktik pemberian makan dan kesehatan anak, misalnya melalui penyuluhan atau pengalaman sosial, sehingga dapat mengimbangi keterbatasan pendidikan formal.

Selain itu, pengaruh faktor perancu lainnya seperti tingkat pendapatan, ketersediaan pangan, dukungan keluarga, atau kualitas layanan kesehatan juga dapat mempengaruhi hasil. Penelitian oleh Smith dan Haddad (2015) menekankan bahwa pendidikan ibu memang merupakan determinan penting status gizi anak, tetapi pengaruhnya menjadi lebih kuat ketika dikombinasikan dengan faktor lain, seperti pendapatan rumah tangga dan akses terhadap layanan kesehatan dan gizi.

Dengan demikian, meskipun secara statistik pendidikan ibu dalam penelitian ini tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan kejadian stunting, peneliti meyakini bahwa pendidikan tetap memiliki peran penting dalam pencegahan stunting, terutama sebagai bagian dari pendekatan jangka panjang. Peningkatan pendidikan perempuan, khususnya dalam aspek literasi gizi dan pengasuhan anak, perlu terus didorong sebagai strategi untuk memperbaiki status

gizi anak dan mencegah stunting secara berkelanjutan.

4.3.12 Hubungan antara Status Imunisasi dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Imunisasi merupakan intervensi penting dalam mencegah infeksi yang dapat mengganggu pertumbuhan anak. Anak yang tidak mendapat imunisasi lengkap cenderung lebih rentan mengalami infeksi seperti diare dan pneumonia, yang dapat menurunkan nafsu makan, mengganggu penyerapan gizi, dan berujung pada stunting. Meskipun secara teori dan dari sejumlah penelitian menunjukkan adanya hubungan signifikan antara status imunisasi dan kejadian stunting (Octaria et al., 2024; Prendergast & Humphrey, 2014; Black et al., 2013), namun hasil analisis bivariat dalam penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan tersebut belum signifikan secara statistik ($p = 0,056$). Meski demikian, secara deskriptif terlihat bahwa anak dengan imunisasi tidak lengkap memiliki proporsi stunting yang lebih tinggi (20,0%) dibandingkan anak dengan imunisasi lengkap (3,6%), yang menunjukkan adanya kecenderungan risiko.

Namun, pada analisis multivariat yang mempertimbangkan variabel lain seperti Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), ASI eksklusif, dan ASI lanjutan, status imunisasi terbukti memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian stunting ($p = 0,032$). Nilai Prevalence Ratio sebesar 4,696 (95% CI: 1,145–19,257) menunjukkan bahwa anak dengan status imunisasi tidak lengkap memiliki risiko 4,7 kali lebih besar mengalami stunting dibandingkan dengan anak yang telah mendapat imunisasi lengkap. Rentang CI yang tidak melintasi angka 1 memperkuat bahwa hubungan ini bermakna secara statistik dan relevan secara klinis.

Hasil ini menegaskan bahwa imunisasi dasar lengkap tidak hanya mencegah infeksi, tetapi juga secara tidak langsung berkontribusi pada pencegahan stunting melalui perlindungan terhadap gangguan penyerapan nutrisi. Peneliti menyimpulkan bahwa meskipun pada analisis bivariat hasilnya belum signifikan, namun ketika dikontrol dengan variabel lain, imunisasi tetap menjadi faktor protektif penting dalam konteks pertumbuhan anak. Oleh karena itu, meningkatkan cakupan imunisasi lengkap pada anak usia 6–59 bulan perlu menjadi prioritas dalam

program pencegahan stunting, disertai intervensi lainnya seperti perbaikan pola makan, sanitasi, dan stimulasi perkembangan anak.

4.3.13 Hubungan antara Tingkat Pendapatan dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan

Dalam penelitian ini, tingkat pendapatan keluarga tidak menunjukkan hubungan yang signifikan secara statistik dengan kejadian stunting ($p = 0,555$). Meski demikian, secara deskriptif terlihat bahwa satu-satunya kasus stunting ditemukan pada anak dari keluarga dengan tingkat pendapatan rendah. Meskipun hasil ini tidak cukup kuat secara statistik untuk disimpulkan sebagai hubungan yang bermakna, temuan ini tetap memiliki makna praktis yang relevan. Hal ini sejalan dengan berbagai literatur yang menegaskan bahwa kemiskinan merupakan salah satu determinan utama stunting.

UNICEF (2019) menyatakan bahwa anak-anak dari rumah tangga termiskin memiliki risiko hingga lima kali lebih tinggi mengalami stunting dibandingkan anak-anak dari keluarga kaya. Keterbatasan ekonomi membatasi akses keluarga terhadap makanan bergizi, pelayanan kesehatan, dan sanitasi yang layak. Demikian pula, World Bank (2018) menekankan bahwa stunting adalah cerminan ketimpangan sosial dan ekonomi; ketika pendapatan rendah, prioritas terhadap kebutuhan dasar gizi dan kesehatan anak sering kali terabaikan. Bahkan dalam kondisi ekonomi yang sama, keluarga yang memiliki literasi gizi dan akses layanan kesehatan lebih baik, cenderung memiliki anak dengan status gizi yang lebih baik.

Penelitian oleh Rizki et al. (2021) di Indonesia mendukung hal ini dengan menunjukkan bahwa anak-anak dari keluarga berpenghasilan rendah memiliki risiko 2,3 kali lebih tinggi mengalami stunting. Hal ini disebabkan oleh minimnya konsumsi makanan bergizi dan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan seperti posyandu dan imunisasi. Selain itu, pendekatan kemiskinan multidimensi oleh Headey et al. (2017) menunjukkan bahwa stunting tidak hanya berkaitan dengan pendapatan, tetapi juga dengan aspek pendidikan ibu, akses air bersih, sanitasi, dan ketahanan pangan.

Adapun tidak ditemukannya hubungan signifikan dalam penelitian ini dapat

dijelaskan melalui beberapa faktor. Pertama, jumlah kasus stunting dalam sampel yang sangat kecil membatasi kekuatan analisis statistik. Kedua, pengukuran tingkat pendapatan mungkin terlalu sederhana atau kategorikal, sehingga tidak menangkap kondisi ekonomi secara menyeluruh, seperti pengeluaran harian atau ketahanan pangan. Ketiga, kemungkinan terdapat bias dalam pelaporan tingkat pendapatan oleh responden, terutama jika alat ukur yang digunakan tidak baku.

Peneliti berpendapat bahwa tingkat pendapatan yang rendah tidak selalu berbanding lurus dengan rendahnya status gizi anak, begitu pula sebaliknya. Tidak semua anak dari keluarga miskin akan mengalami stunting, dan tidak semua anak dari keluarga mampu memiliki status gizi yang baik. Hal ini disebabkan oleh adanya faktor-faktor lain yang juga berperan penting, seperti pengetahuan ibu tentang gizi, praktik pemberian makan anak yang tepat, kebiasaan hidup bersih dan sehat, serta akses dan pemanfaatan layanan kesehatan. Keluarga dengan penghasilan rendah tetapi memiliki pemahaman yang baik tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) serta rutin mengakses layanan posyandu, misalnya, tetap dapat menjaga tumbuh kembang anak secara optimal. Sebaliknya, keluarga dengan ekonomi tinggi namun kurang peduli terhadap pola makan dan asuhan anak justru bisa mengalami masalah gizi termasuk stunting. Oleh karena itu, penanggulangan stunting tidak bisa hanya difokuskan pada peningkatan pendapatan, tetapi harus melibatkan edukasi, perubahan perilaku, serta penguatan sistem kesehatan dan lingkungan. Pendekatan multidimensi dan lintas sektor menjadi penting agar upaya perbaikan gizi anak berjalan secara menyeluruh dan berkelanjutan.

Dengan demikian, meskipun secara statistik tidak signifikan, peneliti tetap berpendapat bahwa tingkat pendapatan merupakan faktor yang secara nyata mempengaruhi status gizi anak. Oleh karena itu, upaya penanggulangan stunting perlu mencakup strategi yang lebih luas, tidak hanya pada aspek pemberian makanan atau edukasi gizi, tetapi juga pada penguatan kondisi tingkat pendapatan keluarga melalui jaminan sosial, pemberdayaan ekonomi ibu, dan peningkatan akses terhadap layanan dasar.

4.4 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam menafsirkan hasil yang diperoleh. Keterbatasan-keterbatasan ini dapat memengaruhi validitas internal maupun eksternal dari temuan penelitian. Oleh karena itu, penting untuk mempertimbangkan faktor-faktor berikut dalam memahami dan menggeneralisasi hasil penelitian:

1. Penelitian ini menggunakan desain potong lintang (*cross-sectional*), sehingga hubungan antara Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian stunting hanya dapat dilihat secara simultan pada satu waktu, tanpa dapat menjelaskan hubungan sebab-akibat secara langsung.
2. Lokasi penelitian yang terbatas hanya di wilayah kerja Puskesmas Pegayut menjadikan hasil penelitian ini belum tentu dapat digeneralisasi ke wilayah lain dengan karakteristik sosial, ekonomi, dan budaya yang berbeda.
3. Pengumpulan data mengenai praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dilakukan dengan menggunakan instrumen wawancara, termasuk form SQ-FFQ (*Semi Quantitative Food Frequency Questionnaire*), yang mengharuskan responden mengingat frekuensi dan jenis makanan yang dikonsumsi anak selama enam bulan terakhir. Hal ini berisiko menimbulkan recall bias karena ketepatan ingatan responden dapat bervariasi.
4. Meskipun penelitian ini menyoroti hubungan antara Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dan stunting, terdapat variabel lain yang dapat memengaruhi kejadian stunting, seperti status ekonomi keluarga, tingkat pendidikan orang tua, sanitasi lingkungan, dan riwayat penyakit infeksi, yang tidak dianalisis secara mendalam.
5. Pengukuran status gizi anak hanya didasarkan pada indikator tinggi badan menurut umur (TB/U) sesuai standar WHO, tanpa mempertimbangkan faktor genetik dan kondisi individual lain yang mungkin turut memengaruhi pertumbuhan anak.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan pola pemberian makan bayi dan anak terhadap kejadian stunting pada anak usia 6–24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pegayut, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Karakteristik anak usia 6–24 bulan di Puskesmas Pegayut menunjukkan bahwa masih terdapat anak yang mengalami stunting, dengan distribusi jenis kelamin didominasi laki-laki, dan sebagian besar memiliki riwayat penyakit infeksi.
2. Karakteristik keluarga menunjukkan bahwa mayoritas ibu memiliki pendidikan rendah dan sebagian besar keluarga berada pada kategori pendapatan keluarga menengah ke bawah.
3. Hasil analisis menunjukkan bahwa anak yang tidak mendapatkan IMD memiliki risiko stunting lebih besar dibandingkan anak yang mendapatkan IMD. Nilai *p-value* <0,05 dan CI yang tidak mencakup angka 1 menunjukkan hubungan yang signifikan.
4. Ditemukan hubungan signifikan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting. Anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif memiliki risiko stunting lebih besar. Hal ini ditunjukkan oleh nilai PR yang >1, CI 95% yang tidak meliputi 1, serta *p-value* <0,05.
5. Praktik pemberian MP-ASI yang tidak tepat (baik dari segi waktu, frekuensi, maupun kualitas makanan) berhubungan signifikan dengan kejadian stunting. Nilai PR yang diperoleh >1 dengan CI 95% yang tidak meliputi 1 serta *p-value* <0,05 menunjukkan bahwa anak yang menerima MP-ASI tidak sesuai anjuran memiliki risiko stunting lebih besar.
6. Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian ASI lanjutan dengan kejadian stunting. Nilai PR yang mendekati 1, CI 95% yang meliputi 1, dan *p-value* >0,05 mendukung bahwa variabel ini tidak berperan besar dalam kejadian stunting pada responden.

penelitian.

7. Analisis bivariat menunjukkan bahwa praktik PMBA yang tidak tepat berhubungan signifikan dengan kejadian stunting. Anak dengan praktik PMBA tidak tepat memiliki risiko stunting 2,9 kali lebih besar dibandingkan yang PMBA-nya tepat ($PR = 2,90$; $CI\ 95\% = 1,08-7,80$; $p\text{-value} = 0,019$). Hal ini menegaskan bahwa PMBA yang sesuai anjuran sangat penting dalam pencegahan stunting.
8. Hasil penelitian ini menegaskan bahwa Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang merupakan variabel independen utama dalam penelitian ini berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian stunting dan setelah di kontrol oleh variabel confounding yaitu ASI eksklusif, ASI lanjutan dan Status Imunisasi yang memperkuat signifikansi antara variabel Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian Stunting pada anak usia 6-24 bulan.

5.2 Saran

1. Puskesmas Pegayutan dapat meningkatkan upaya promosi dan edukasi mengenai praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang tepat sesuai standar WHO, termasuk pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang sesuai dari segi tekstur, jumlah, frekuensi, kebersihan, dan cara pemberiannya. Edukasi ini perlu dilakukan secara berkelanjutan melalui kegiatan posyandu, kunjungan rumah oleh kader kesehatan, serta penyuluhan terpadu kepada ibu dan keluarga.
2. Pemerintah desa bersama lintas sektor diharapkan dapat melakukan kolaborasi untuk menciptakan lingkungan pendukung yang kondusif seperti halnya dilakukan pemanfaatan lahan rumah untuk menanam tanaman toga sebagai upaya peningkatan akses terhadap pangan bergizi, penyediaan air bersih, sanitasi layak dalam upaya penanggulangan stunting dan peningkatan kesehatan.
3. Bagi Peneliti selanjutnya dapat mempertimbangkan penggunaan desain studi longitudinal atau kohort prospektif agar hubungan sebab-akibat antara

Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian stunting dapat dianalisis secara lebih mendalam dan valid dalam hal waktu kejadian. Selain itu, peneliti ke depan juga diharapkan dapat memperluas cakupan variabel penelitian dengan memasukkan faktor-faktor lain yang turut mempengaruhi stunting, seperti ketahanan pangan keluarga, pola asuh, sanitasi lingkungan rumah tangga, frekuensi penyakit infeksi, serta asupan zat gizi mikro seperti zat besi, zinc, dan vitamin A yang memiliki pengaruh besar terhadap pertumbuhan anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Adri, R. F., Redha, P. S., Setiana, I., & Yosalli, Y. (2024). Pengaruh Tingkat Pendidikan Ibu Terhadap Pengetahuan Pemberian Makanan Tambahan Anak usia 6-24 bulan Di Nagari Balingka. *Menara Ilmu*, 18(2), 50–57. <https://doi.org/10.31869/mi.v18i2.4957>
- Apriliani, A. P., Arifuddin, D., Nesyana Nurmadilla, Fadli Ananda, & Haidir Bima, I. (2023). Analisis Karakteristik dan Pola Pemberian MPASI Anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Soroako. *Fakumi Medical Journal: Jurnal Mahasiswa Kedokteran*, 3(7), 461–470. <https://doi.org/10.33096/fmj.v3i7.270>
- Apriluana, G., & Fikawati, S. (2018). Analisis Faktor-Faktor Risiko terhadap Kejadian Stunting pada Balita (0-59 Bulan) di Negara Berkembang dan Asia Tenggara. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 28(4), 247–256. <https://doi.org/10.22435/mpk.v28i4.472>
- Ariani AP. 2017. Ilmu Gizi. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Asri, A. et al. (2022) ‘Analisis Determinan Kejadian Stunting Pada Anak usia 6-24 bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar’, J-KESMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat, 8(2), p. 170. Available at: <https://doi.org/10.35329/jkesmas.v8i2.3213>.
- Badan Pusat Statistik. 2021. Laporan Indeks Khusus Penanganan Stunting Kabupaten/Kota 2021-2022. <https://www.bps.go.id/id/publication/2023/12/19/7d87599450712cf4bab879f2/laporan-indeks-khusus-penanganan-stunting-kabupaten-kota-2021-2022.html>
- Batubara, N., Simamora, A. N., Ritonga, N., Siregar, Y. A., & Arfah, A. (2024). Hubungan Pemberian ASI eksklusif dengan Kejadian Stunting pada Anak usia 6-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Pokenjior Tahun 2023. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia*, 9(1), 172–177.
- BKKBN. (2024). *Laporan TPPS Semester 1 Tahun 2024 COVER Provinsi*

Sumatera Selatan.

- Dewi, F. S., & Lestari, A. P. (2020). Pengaruh Praktik PMBA terhadap Kejadian Stunting pada Balita. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*, 8(3), 210–217.
- Dewi, R. M., & Rachmawati, F. (2021). Hubungan antara penyakit infeksi dan kejadian stunting pada balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16(2), 123–129. <https://doi.org/10.15294/kemas.v16i2.12345>
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. (2020). Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2019. Bandar Lampung: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.
- Effendi, N. and Widiastuti, H. (2020) ‘Analisis Determinan Masalah Gizi Anak usia 6-24 bulan’, *Jurnal Kesehatan*, 7(2), pp. 353–360.
- Emelia Agustina Mila, Elly Trisnawati and Otik Widyastutik (2021) ‘Analisis Determinan Anak usia 6-24 bulan Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Sebangki’, *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 5(1), pp. 95–103. Available at: <https://doi.org/10.56338/mppki.v5i1.1999>.
- Fadillah, N.A. et al. (2022) ‘Analisis Faktor Risiko Kejadian Stunting Pada Anak usia 6-24 bulan Usia 6 Bulan – 23 Bulan Di Puskesmas Pekkae Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2020’, *Al-Iqra Medical Journal : Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran*, 5(2), pp. 88–100. Available at: <https://doi.org/10.26618/aimj.v5i2.7937>.
- Fitria, N., Arifin, H., & Yulianti, R. (2020). Hubungan Status Imunisasi Dasar Lengkap dengan Kejadian Stunting pada Anak usia 6-24 bulan di Desa Sindangsari Kabupaten Serang. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 8(2), 112–119. Retrieved from <https://jurnal.untirta.ac.id/index.php/jik/article/download/25848/12375>
- Gunawan, A., Wardani, E. K., & Prasetyo, D. (2022). Hubungan Pengetahuan, Praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak, dan Penggunaan Garam Beryodium dengan Kejadian Stunting. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*, 14(2), 78–86. <https://doi.org/10.14710/jgk.v14i2.12345> Gustien Siahaan, & Lilis Tasmi.

- (2022). Hubungan Pola Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) Usia 6–24 Bulan dalam Upaya Penurunan Resiko Stunting di Desa Sungai Jernih Kabupaten Muratara Tahun 2022. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*, 1(2).
- Hanani, S., & Susilo, Y. (2020). Hubungan Praktik Pemberian Makan dengan Kejadian Stunting pada Anak usia 6-24 bulan Umur 6-60 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Plosoklaten Kabupaten Kediri. *Media Gizi Kesmas*, 9(1).
- Harahap, D.J., Nasution, Z. and Fitria, A. (2019) ‘Determinan Status Gizi Kurang pada Anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Belawan Kota Medan’, *Bidang Ilmu Kesehatan*, 9(2), pp. 134–143.
- Haylian Chiani, S. et al. (2022) ‘Determinan Terhadap Kejadian Stunting Anak’, *Jurnal Kewarganegaraan*, 6(2), pp. 2634–2639. Available at: [http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=3034781&val=20674&title=Determinan Terhadap Kejadian Stunting Anak](http://download.garuda.kemdikbud.go.id/article.php?article=3034781&val=20674&title=Determinan%20Terhadap%20Kejadian%20Stunting%20Anak).
- Horidah, S., Prameswari, R. D., Erlinawati, N. D., Sasmito, P., & Muntasir, M. (2023). Riwayat penyakit infeksi dan kejadian stunting pada balita usia 24 – 60 bulan. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 17(4), 345–351. <https://doi.org/10.33024/hjk.v17i4.11206>
- Husnaniyah, D., Yulyanti, D., & Rudiansyah, R. (2020). Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Kejadian Stunting. *The Indonesian Journal of Health Science*, 12(1), 57–64. <https://doi.org/10.32528/ijhs.v12i1.4857>
- Idawati, I., Rosmawardiani, R., Umami Salamah, Nasriah, N., & Dian Rahayu. (2023). Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 651–660. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i3.2054>
- Islami, N.W. and Khouruh, U. (2021) ‘Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi anak usia 6-24 bulan stunting dan tantangan pencegahannya pada masa pandemi’, *Karta Raharja*, 3(2), <http://ejurnal.malangkab.go.id/index.php/kr>. pp.

- Kahlert, J., Gribsholt, S. B., Gammelager, H., Dekkers, O. M., & Luta, G. (2017). Control of confounding in the analysis phase – an overview for clinicians. *Clinical Epidemiology*, 9, 195–204. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S129886>
- Karimah, A., Nurhayati, A., & Yulia, C. (2023). Praktik Pemberian Makan pada Anak usia 6-24 bulan Stunting di Desa Kawitan, Kecamatan Salopa, Kabupaten Tasikmalaya. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*, 2(4).
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). Pedoman Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA). Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2020), Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak, Jakarta, Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Badan Litbangkes.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Stunting. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kholifah, U., & Hidayati, R. (2021). Hubungan Status Imunisasi Dasar Lengkap dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 2-5 Tahun. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 9(3), 305–311. Retrieved from <https://ejournal.unair.ac.id/JBE/article/download/14023/9657/65260>
- Kurnia, D. E., Muharramah, A., Abdullah, & Dewi, A. P. (2023). Hubungan sikap ibu dengan tingkat partisipasi anak usia 6-24 bulan ke posyandu usia 6-24 bulan di Desa Kelaten Kabupaten Lampung Selatan tahun 2022. *Jurnal Gizi Aisyah*, 6(1), 35–44. <https://doi.org/10.30604/jnf.v6i1.781>
- Kustanto, A. (2021). the Prevalence of Stunting, Poverty, and Economic Growth in

- Indonesia: a Panel Data Dynamic Causality Analysis. *Journal of Developing Economies*, 6(2), 150. <https://doi.org/10.20473/jde.v6i2.22358>
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Amaliah, N., & Wisnuwardani, R. W. (2022). Stunting among children under two years in Indonesia: Does maternal education matter? *PLoS ONE*, 17(7 July), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271509>
- Lestari, W., Margawati, A., & Lestari, Y. D. (2020). Hubungan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada balita usia 24–59 bulan di Kabupaten Brebes. *Jurnal Gizi Indonesia*, 8(1), 10–17.
- Martalina, I., Wahyuni, S., & Suryani, E. (2021). Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan di Desa Mataram Ilir. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 7(2), 105–110. Retrieved from <https://ejurnalmalahayati.ac.id/index.php/kebidanan/article/viewFile/2409/pdf>
- Mentari, G. B., & Susilawati. (2022). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI AKSES PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA. *Jurnal Health Sains*, 3(6), 767–773.
- Meylia, D., Zulaikhah, S., & Widyastuti, N. (2020). Hubungan Pemberian MP-ASI dengan Kejadian Stunting pada Anak usia 6-24 bulan Usia 6-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Sukolilo. *Jurnal Gizi Indonesia*, 8(2), 90–97. <https://doi.org/10.31227/jgi.v8i2.345>
- Milda Riski Nirmala Sari, & Leersia Yusi Ratnawati. (2018). Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Pola Pemberian Makan dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Gapura Kabupaten Sumenep. *Amerta Nutrition*, 2(2), 182–188. <https://doi.org/10.20473/amnt.v2.i2.2018.182-188>
- Mutingah, Z., & Rokhaidah, R. (2021). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dengan Perilaku Pencegahan Stunting Pada Balita. *Jurnal Keperawatan Widya Gantari Indonesia*, 5(2), 49. <https://doi.org/10.52020/jkwgi.v5i2.3172>

- Najmah. (2015). Epidemiologi Untuk Mahasiswa Kesehatan Masyarakat. In *Proceedings of the National Academy of Sciences* (Vol. 3, Issue 1). <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpj.2015.06.056><https://academic.oup.com/bioinformatics/article-abstract/34/13/2201/4852827><https://semisupervised-3254828305.semisupervised.ppt><http://dx.doi.org/10.1016/j.str.2013.02.005><http://dx.doi.org/10.1016/j.str.2013.02.005>
- Najmah. 2016. Epidemiologi Penyakit Menular. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Nankabirwa, V., Tylleskär, T., Tumwine, J. K., & Sommerfelt, H. (2019). Determinants of stunting and severe stunting among Ugandan children aged 6–59 months: A cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1413-1>
- Ningsih, D.A. (2022) ‘Kajian Determinan yang Berhubungan dengan Status Gizi Kurang pada Anak usia 6-24 bulan’, *Jurnal Ilmu Gizi Indonesia (JIGZI)*, 3(1), pp. 28–34. Available at: <https://doi.org/10.57084/jigzi.v3i1.885>.
- Nita, R., Handayani, L., & Fadilah, R. (2022). Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang PMBA dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6–24 Bulan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, <https://doi.org/10.20473/jkm.v10i1.2022.15-21> 10(1), 15–21.
- Nita, V., Indrayani, N., & Septiani, E. (2022). Pengetahuan Ibu tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting. *Buletin Poltanesa*, 23(2), 636–641. <https://doi.org/10.51967/tanesa.v23i2.1914>
- Nurbaya, S., Lubis, Z., & Rasyid, A. (2019). Hubungan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 16(2), 89-95.
- Nurhalimah, N., & Lestari, N. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Anak usia 6-24 bulan. *Jurnal Midwifery Zigot*, 10(1), 10–18. Retrieved <https://ejurnal.uj.ac.id/index.php/JM/article/view/1365>

- Nurnahayati, C., Nasution, Z. and Anto (2019) ‘Determinan status gizi anak usia 6 24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Peulimbang Kabupaten Bireuen Cut Nurnahayati*, Zuraidah Nasution, Anto’, *Prima Medika Sains*, 01(1), pp. 69 73.
- Paramashanti, B. A., Hadi, H., & Gunawan, I. M. A. (2015). Pemberian ASI eksklusif Tidak Berhubungan dengan Stunting pada Anak Usia 6–23 Bulan di Indonesia. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*, 3(3).
- Pratiwi, R. A., Sari, N. P., & Kurniasari, A. (2021). Hubungan Pemberian Makanan Bayi dan Anak dengan Kejadian Stunting. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(2), 88–96.
- Primadevi, Y., Suryani, D., & Hartati, T. (2022). Praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak dengan Kejadian Stunting di Wilayah Puskesmas Pedesaan. *Media Gizi Indonesia*, 17(1), 35–43. <https://doi.org/10.20473/mgi.v17i1.2022.35-43>
- Purnama, N. L. A., Lusmilasari, L., & Julia, M. (2015). Perilaku orang tua dalam pemberian makan dan status gizi anak usia 2-5 tahun. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 11(3), 97. <https://doi.org/10.22146/ijcn.19281>
- Putri, A. R. S. (2024). RESEARCH OPEN ACCES Hubungan Jenis Kelamin terhadap Status Gizi pada Siswa Sekolah Dasar Tahun 2023. *Jurnal Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA)*, 3(1), 1–47.
- Putri, M.D., Mardhiati, R. and Khusun, H. (2024) ‘Analisis Faktor Determinan Kejadian Stunting Pada Anak usia 6-24 bulan Usia 0 – 59 Bulan Di Jakarta Selatan Tahun 2022’, *Jurnal Mahasiswa BK An-Nur : Berbeda, Bermakna, Mulia*, 10(1), p. 19. Available at: <https://doi.org/10.31602/jmbkan.v10i1.11726>.
- Rahayu, N., Handayani, S., & Pratama, R. A. (2020). Hubungan praktik pemberian makan bayi dan anak dengan kejadian stunting. *Jurnal Gizi Indonesia*, 8(1), 45–51.
- Rofiq, A. (2021). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada

- Anak usia 6-24 bulan di Puskesmas Kalisat. *Jurnal Harena: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(1), 45–53. Retrieved from <https://publikasi.polije.ac.id/harena/article/download/3905/2250>
- Sani, R., Tetti, R., & Hendrawati, H. (2019). Hubungan Umur Ibu dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan. *Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(3), 205–211. Retrieved from <https://media.neliti.com/media/publications/432942-none-ef8851b2.pdf>
- Sari, N. P., et al. (2020). The influence of complementary feeding practices and continued breastfeeding on stunting in children under two in Indonesia. *Journal of Nutrition and Health*, 8(3), 213-221.
- Siahaan, G., & Tasmi, L. (2022). Hubungan Pola Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) Usia 6 - 24 Bulan dalam Upaya Penurunan Resiko Stunting di Desa Sungai Jernih Kabupaten Muratara Tahun 2022. *Jurnal Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA)*, 1(2), 47–51.
- Sugiyarti R, dkk. 2014. Kepatuhan Kunjungan Posyandu Dan Status Gizi Anak usia 6-24 bulan Di Posyandu Karangbendi Banguntapan Bantul Yogyakarta. *Junrnal Ners dan Kebidanan Indonesia*; Vol. 2, No. 3:141-146. ISSN: 2354 7642.
- Sudirman, R. S. A. (2024). Hubungan Riwayat ASI eksklusif dengan Risiko Stunting pada Anak Usia 6 Bulan sampai 5 Tahun di Puskesmas Besitang. Repository UMSU.
- Suharni, S., & Setyowati, S. (2022). Peran Praktik Pemberian Makan Responsif dalam Mencegah Stunting pada Anak Anak usia 6-24 bulan. *Media Gizi Indonesia*, 17(1), 45–53. <https://doi.org/10.20473/mgi.v17i1.2022.45-53>
- Surbakti, S. et al. (2023) ‘Prevalensi dan faktor risiko stunting pada anak anak usia 6-24 bulan usia 0-59 bulan’, *Jurnal Prima Medika Sains*, 5(1), pp. 84–88. Available at: <https://doi.org/10.34012/jpms.v5i1.3900>.
- Suryani, S., Nurti, T., Heryani, N., & Rihadatul ‘Aisy, R. (2022). Efektivitas Media

- Audiovisual dan Booklet Terhadap Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Gizi Dalam Pencegahan Kekurangan Energi Kronis. *Nursing Care and Health Technology Journal (NCHAT)*, <https://doi.org/10.56742/nchat.v2i1.36> 2(1), 48–54.
- Titaley, C. R., et al. (2019). Determinants of stunting in Indonesian children: Evidence from 2013 Indonesia Basic Health Survey. *Nutrition*, 57, 84–90.
- Timur, C. J., Irianto, S. E., & Rahayu, D. (2023). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Pada Anak usia 6-24 bulan Di Kabupaten Lampung Utara. *JPKM: Jurnal Profesi Kesehatan Masyarakat*, 4(2), 85–93. <https://doi.org/10.47575/jpkm.v4i2.491>
- UNICEF. <https://www.unicef.org/indonesia/id> UNICEF & WHO. (2021). Improving young children's diets during the complementary feeding period. Geneva: WHO Press.
- Wagustina, S., Fitriyaningsih, E., & Novita, R. (2024). Studi Intervensi Keberagaman dan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan. *SAGO Gizi Dan Kesehatan*, 5(3), 846–852.
- WHO & UNICEF. (2020). Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Definitions and Measurement Methods. Geneva: World Health Organization.
- Widiyanto, E., & Lestari, P. (2022). Hubungan Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Anak Usia 6-24 Bulan. *Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan*, 45(2), 102–110
- World Health Organization (WHO). (2019). Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2020). Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2021). Infant and young child feeding.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

World Health Organization. (2020). Improving Early Initiation of Breastfeeding: Practices, Challenges and Recommendations. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2021). Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO Press. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

World Health Organization. (2021). Levels and trends in child malnutrition. Geneva: WHO/UNICEF/World Bank Group.

Wulansari, A., Novita, A. and Herjanti (2021). Determinan Stunting pada Anak usia 6-24 bulan Usia 12-59 Bulan di Puskesmas Bojongsari Kota Depok. *SIMFISIS Jurnal Kebidanan Indonesia*. 1(2), pp. 77–86. Available at: <https://doi.org/10.53801/sjki.v1i2.22>.

Zahra, R., Alyakin Dakhi, R., Lina Tarigan, F., & Ester J. Sitorus, M. (2023). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Stunting Pada Anak Balita Umur 12-59 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Ranto Peureulak Kabupaten Aceh Timur. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(3), 16286–16308. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v7i3.20329>

Lampiran 1 Lembar Permohonan Informan Penelitian



PERMOHONAN MENJADI INFORMAN PENELITIAN NASKAH PENJELASAN UNTUK RESPONDEN

Assalamu'alaikum/Selamat pagi/siang/sore,

Perkenalkan nama saya Dwi Ananda Putri, mahasiswa S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya. Saya bermaksud melakukan penelitian mengenai **“Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Puskesmas Pegayut”**. Penelitian Ini Dilakukan Sebagai tahap akhir dalam penyelesaian studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya dan syarat untuk mendapatkan gelar Magister Kesehatan Masyarakat.

Saya mengajak Bapak/Ibu/Saudara/i untuk ikut serta dalam penelitian ini. Melalui wawancara mendalam, semua informasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i berikan akan saya jamin kerahasiannya.

Setelah Bapak/Ibu/Saudara/i membaca tujuan kegiatan penelitian tersebut, maka saya mohon ketersediannya untuk mengisi nama dan tanda tangan pada lembar berikutnya. Bapak/Ibu/Saudara/i bersedia mengikuti penelitian ini tanpa paksaan. Bila Bapak/Ibu/Saudara/i sudah memutuskan untuk ikut, Bapak/Ibu/Saudara/i juga bebas mengundurkan diri atau berubah pikiran setiap saat tanpa dikenakan denda apapun. Bila ada hal yang membutuhkan penjelasan lebih lanjut mengenai penelitian ini dapat menghubungi:

Nama : Dwi Ananda Putri
Alamat : Jalan Puncak Sekuning Lorong Swadaya RT 18 RW 05
Kelurahan Lorok Pakjo Kecamatan Ilir Barat 1 kota Palembang
Provinsi Sumatera Selatan Kode Pos 30137
No. HP : +62 895-6215-75949

Lampiran 2. *Inform Consent*



SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN (*Informed Consent*)

A. Identitas Informan

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
No. Hp :
Alamat :

Menyatakan bersedia dan tidak keberatan untuk menjadi informan dalam penelitian mengetahui **“Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Puskesmas Pegayut”** yang dilakukan oleh Dwi Ananda Putri (10012682226038).

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat di gunakan sebagaimana mestinya tanpa tekanan maupun paksaan dari manapun.

Peneliti

Ketersediaan Menjadi Informan

Dwi Ananda Putri
NIM. 10012682226038

(.....)

Lampiran 3 : Kuisisioner Penelitian

FORM IDENTITAS RESPONDEN DAN KUESIONER

Tanggal Pengisian :			
1.	Nama Kepala Rumah Tangga (Ayah)	:	
2.	Alamat Lengkap	:	
3.	Nama Anak	:	
4.	Jenis Kelamin Anak	:	1. Laki-laki 2. Perempuan
5.	Tanggal Lahir	:	
6.	Umur	:	Bulan
7.	Identitas Responden	:	
1. Nama : 2. Alamat : 3. No. Hp :			
8.	Hubungan Responden dengan Balita	:	
1. Ibu Kandung 3. Nenek/Kakek/Paman 5. Ibu Tiri 7. Pengasuh 2. Ayah Kandung 4. Kakak Kandung 6. Ayah Tiri 8. Lainnya....			
9.	Pendapatan Keluarga Per Bulan (Ayah + Ibu)?		
10.	Pendidikan terakhir Ibu?		
1. Tidak Sekolah 3. Tamat SD 5. Tamat SMA 7. Tamat D4/S1-S3 2. Tidak tamat SD 4. Tamat SMP 6. Tamat D1-D3			
11.	Berat Badan Lahir Bayi	:	Gram
12.	Apakah anak pernah menderita penyakit infeksi dalam 1 bulan terakhir? (Jika tidak langsung ke pertanyaan R)		

1) Tidak 2) Ya, Sebutkan..... a. Demam b. Batuk c. Pilek d. Diare e. Ruam Kulit f. Demam Berdarah 3) Pada usia berapa anak anda menderita penyakit infeksi?
R. Hasil Pengukuran Anak
1) Tinggi badan..... cm 2) Berat badan..... kg

PERTANYAAN PENELITIAN			
INISIASI MENYUSUI DINI PADA BAYI			
1	Apakah ibu melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada Bayi	1. Tidak 2. Ya	
2	Kapan Ibu melaksanakan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) pada Bayi	1. Satu jam setelah persalinan dan dilanjutkan Menyusui 2. Satu hari setelah melahirkan dan dilanjutkan Menyusui	

3	Bagaimana cara Ibu memberikan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)	1. Setelah lahir bayi langsung diletakkan diatas dada ibu dan membiarkan bayi mencari puting susu ibu 2. Sambil berbaring setelah bayi dibersihkan dalam waktu lebih dari satu jam.	
PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF			
4	Apakah anak ibu pernah diberi ASI?	3. Tidak 4. Ya	
5	Apakah ibu memberikan susu formula pada saat anak berusia 0-6 bulan?	1. Tidak 2. Ya	
6	Apakah ibu memberikan air teh atau air gula pada saat anak berusia 0-6 bulan?	1. Tidak 2. Ya	
7	Apakah ibu pernah memberikan air putih pada saat anak berusia 0-6 bulan?	1. Tidak 2. Ya	
8	Apakah ibu pernah memberikan air tajin pada saat anak berusia 0-6 bulan?	1. Tidak 2. Ya	
POLA PEMBERIAN MP-ASI			

9	Kapan ibu mulai memberikan anak makanan selain ASI (MP-ASI)?	1. pada saat usia < 6 bulan ataupun > 6 bulan 2. diberikan pada saat usia ≥ 6	
10	Bagaimana tekstur MP-ASI yang ibu berikan kepada anak saat berusia 6-8 bulan? (Misal: bubur kental, makanan lumat, makanan yang dicincang, makanan yang dapat dipegang bayi, atau makanan keluarga)		
11	Bagaimana tekstur MP-ASI yang ibu berikan kepada anak saat berusia 9-11 bulan? (misal: bubur kental, makanan lumat, makanan yang dicincang, makanan yang dapat dipegang bayi, atau makanan keluarga)		
12	Bagaimana tekstur MP-ASI yang ibu berikan kepada anak saat berusia 12-23 bulan? (misal: bubur kental, makanan lumat, makanan		
	yang dicincang, makanan yang dapat dipegang bayi, atau makanan keluarga)		

13	Berapa kali MP-ASI yang ibu berikan kepada anak saat berusia 6-8 bulan? (misal: 2-3 kali makan utama dan 1-2 kali makan selingan)		
14	Berapa kali MP-ASI yang ibu berikan kepada anak saat berusia 9-11 bulan? (misal: 2-3 kali makan utama dan 1-2 kali makan selingan)		
15	Berapa kali MP-ASI yang ibu berikan kepada anak saat berusia 12-23 bulan? (misal: 2-3 kali makan utama dan 1-2 kali makan selingan)		
16	Berapa banyak MP-ASI yang ibu berikan kepada anak saat berusia 6-8 bulan? (misal: 2-3 sendok / 1 mangkok setiap kali makan)		
17	Berapa banyak MP-ASI yang ibu berikan kepada anak saat berusia 9-11 bulan? (misal: 2-3 sendok / 1 mangkok setiap kali makan)		
18	Berapa banyak MP-ASI yang ibu berikan kepada anak saat berusia 12-23 bulan? (misal: 2-3 sendok / 1 mangkok setiap kali makan)		

19	Apakah ibu mencuci tangan sebelum mengolah makanan?		
20	Apakah ibu mencuci tangan sebelum memberi makan anak?		
21	Apakah ibu membersihkan dapur sebelum memasak?		
22	Apakah ibu membersihkan dapur setelah memasak?		
23	Apakah ibu membersihkan peralatan makan		
24	Apakah ibu memisahkan penyimpanan daging dengan sayur?		
25	Apakah ibu memisahkan penyimpanan daging dengan buah?		
26	Apakah ibu menyimpan lauk hewani seperti daging danikan pada freezer?		
27	Apakah ibu menyimpan sayur dan buah pada lemari es?		
28	Apakah pada saat menyiapkan MP-ASI ibu menggunakan air bersih?		
29	Apakah setiap kali ibu memberikan makan anak diberikan tepat waktu?		
30	Berapa lama anak diberi waktu setiap kali makan?		

31	Apakah ibu memaksa anak untuk makan jika anak tidak mau makan?		
32	Apabila anak tidak mau makan, apakah ibu menjanjikan hadiah agar anak mau makan?		
33	Apakah saat memberi makan anak, ibu mengajaknya sambil bermain, menonton TV atau bermain gadget?		
34	Apakah ibu memberikan anak makan dengan porsi kecil?		
35	Apakah ibu menghentikan pemberian makan apabila selama 15 menit anak menolak makan?		
36	Apakah ibu memberikan makanan selingan yang dapat dipegang oleh anak?		
37	Apakah ibu membersihkan mulut anak hanya setelah makan selesai?		

Lampiran 4. Form SQ-FFQ

FORMULIR

***SEMI QUANTITATIVE-FOOD FREQUENCY QUESTIONNAIRE (SQ-FFQ) 3 BULAN
TERAKHIR***

ID Responden :
Nama Lengkap :
Umur :
Tanggal dan Waktu :
Wawancara : dan
WIB
Enumerator :
No.Hp :

No.	Jenis Bahan Makanan	Frekuensi Konsumsi (Skor Konsumsi Pangan)				Porsi Tiap Kali Konsumsi		Dimasak dengan cara	Bagaimana Pengolah Bahan Mak
		Harian	Mingguan	Bulanan	Tidak Pernah	URT	GRAM		
A. MAKANAN POKOK									
1.	Beras								

2.	Jagung								
3.	Singkong								
4.	Ubi Jalar								
5.	Kentang								
6.	Mie/Mie Instan								
B. HEWANI									
1.	Daging Sapi								
2.	Daging kambing								
3.	Ayam ras								
4.	Ayam kampung								
5.	Telur Ayam Ras								
6.	Telur Ayam Kampung								
7.	Telur bebek								
8.	Ikan asin								
9.	Ikan pindang								

10.	Ikan laut segar								
11.	Ikan tawar								
12.	Hati Sapi								
13.	Hati Ayam								
14.	Rempela								
C. NABATI									
1.	Tahu								
2.	Tempe kedelai								
3.	Tauco								
4.	Kacang tanah								
5.	Kacang ijo								
6.	Kacang merah								
7.	Kacang mete								
D. SAYURAN									

1.	Wortel								
2.	Bayam								
3.	Buncis								
4.	Kacang Panjang								
5.	Sawi putih								
6.	Sawi hijau								
7.	Kangkung								
8.	Tauge								
9.	Labu siam								
10.	Daun singkong								

11.	Daun katuk								
12.	Kol								
13.	Nangka muda								
14.	Rebung								
15.	Tomat								
16.	Mentimun								
17.	Terong								
18.	Labu Kuning								
19.	Brokoli								
E. BUAH-BUAHAN									
1.	Pisang								
2.	Pepaya								
3.	Jeruk								
4.	Mangga								

5.	Apel								
6.	Salak								
7.	Alpukat								

8.	Belimbing								
9.	Duku								
10.	Durian								
11.	Jambu air								
12.	Jambu biji								
13.	Jambu mete								
14.	Kelengkeng								
15.	Melon								
16.	Nanas								
17.	Nangka								
18.	Buah naga								
19.	Sirsak								
20.	Pir								
21.	Rambutan								
22.	Sawo								

23.	Srikaya								

F. LAIN-LAIN									
1.	Susu Formula								
2.	Susus Kedelai								
3.	Yoghurt								
4.	Yakult/sejenisnya								
5.	Keju								
6.	Agar-agar								
7.	Gula								
8.	Minyak								
9.	Kerupuk								
10.	Teh								
11.	Kopi								
12.	Coklat								

Lampiran 5. Sertifikat Kaji Etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS SRIWIJAYA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH SRIWIJAYA UNIVERSITY

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"

Nomor : 404/UN9.FKM/TU.KKE/2024

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti : 1. Dwi Ananda Putri
Investigators : 2. Dr. Anita Rahmiwati, SP., M.Si

Nama Institusi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya
Name of the Institution

Dengan Judul :
Title

"HUBUNGAN PEMBERIAN MAKAN BAYI DAN ANAK (PMBA) TERHADAP KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA 6-24 BULAN DI PUSKESMAS PEGAYUT"

"THE RELATIONSHIP BETWEEN INFANT AND CHILD FEEDING (PMBA) TO THE INCIDENCE OF STUNTING IN CHILDREN AGED 6-24 MONTHS AT THE PEGAYUT HEALTH CENTER"

Dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 18 November 2024 sampai dengan tanggal 18 November 2025.

This declaration of ethics applies during the period November 18, 2024 until November 18, 2025.

Indralaya, 18 November 2024
Head of the Committee,

Prof. Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes
NIP. 197109271994032004

Lampiran 6. Surat Izin Penelitian Universitas Sriwijaya

	KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET DAN TEKNOLOGI UNIVERSITAS SRIWIJAYA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat, Kampus Unsri Indralaya, Ogan Ilir 30662 Telepon. (0711) 580068 Faximile. (0711) 580089 website http://www.fkm.unsri.ac.id email: fkm@fkm.unsri.ac.id													
Nomor	: 1145/UN9.FKM/TU.SB5/2024	Indralaya, 19 November 2024												
Lampiran	: 1 (satu) Berkas Proposal Penelitian													
Perihal	: Izin Penelitian													
 Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Keshangpol) Kabupaten Ogan Ilir (OI) di Tempat														
Dengan hormat, sehubungan dengan penyusunan tesis mahasiswa Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya, dengan ini disampaikan bahwa mahasiswa berikut ini : <table border="0"><tr><td>Nama</td><td>: Dwi Ananda Putri</td></tr><tr><td>NIM</td><td>: 10012682226038</td></tr><tr><td>BKU</td><td>: Gizi</td></tr><tr><td>Judul Tesis</td><td>: Hubungan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut</td></tr><tr><td>Pembimbing</td><td>: 1. Dr. Anita Rahmiwati., S.P., M.Si 2. Prof. Dr. Rico Januar Sitorus, S.K.M., M.Kes (Epid)</td></tr><tr><td>Tempat Penelitian</td><td>: Puskesmas Pegayut</td></tr></table>			Nama	: Dwi Ananda Putri	NIM	: 10012682226038	BKU	: Gizi	Judul Tesis	: Hubungan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut	Pembimbing	: 1. Dr. Anita Rahmiwati., S.P., M.Si 2. Prof. Dr. Rico Januar Sitorus, S.K.M., M.Kes (Epid)	Tempat Penelitian	: Puskesmas Pegayut
Nama	: Dwi Ananda Putri													
NIM	: 10012682226038													
BKU	: Gizi													
Judul Tesis	: Hubungan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut													
Pembimbing	: 1. Dr. Anita Rahmiwati., S.P., M.Si 2. Prof. Dr. Rico Januar Sitorus, S.K.M., M.Kes (Epid)													
Tempat Penelitian	: Puskesmas Pegayut													
Bermaksud melakukan penelitian di wilayah kerja Bapak/Ibu. Berkenaan dengan hal tersebut, mohon kiranya Bapak/Ibu tidak berkeberatan untuk memberikan izin kepada mahasiswa tersebut. Adapun waktu pelaksanaan penelitian sepenuhnya sesuai kebijaksanaan Bapak/Ibu. Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata untuk perkembangan ilmu pengetahuan. Demikianlah, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.														
														
Tembusan :		Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M NIP. 197606092002122001												
1. Wakil Dekan Bidang Akademik 2. Kajur IKM 3. Dosen Pembimbing FKM Universitas Sriwijaya														



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SRIWIJAYA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Gedung Fakultas Kesehatan Masyarakat, Kampus Unsri Indralaya, Ogan Ilir 30662
Telepon. (0711) 580068 Faximile. (0711) 580089
website: <http://www.fkm.unsri.ac.id> email: fkm@fkm.unsri.ac.id

Nomor : 1146/UN9.FKM/TU.SB5/2024
Lampiran : 1 (satu) Berkas Proposal Penelitian
Perihal : Izin Penelitian

Indralaya, 19 November 2024

Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Ogan Ilir (OI)
di
Tempat

Dengan hormat, selubungan dengan penyusunan tesis mahasiswa Program Studi Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya, dengan ini disampaikan bahwa mahasiswa berikut ini :

Nama : Dwi Ananda Putri
NIM : 10012682226038
BKU : Gizi
Judul Tesis : Hubungan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut
Pembimbing : 1. Dr. Anita Rahmiwati, S.P., M.Si
2. Prof. Dr. Rico Januar Sitorus, S.K.M., M.Kes (Epid)
Tempat Penelitian : Puskesmas Pegayut

Bermaksud melakukan penelitian di wilayah kerja Bapak/Ibu. Berkenaan dengan hal tersebut, mohon kiranya Bapak/Ibu tidak berkeberatan untuk memberikan izin kepada mahasiswa tersebut. Adapun waktu pelaksanaan penelitian sepenuhnya sesuai kebijaksanaan Bapak/Ibu.

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata untuk perkembangan ilmu pengetahuan.

Demikianlah, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.



Dr. Misnaniarti, S.K.M., M.K.M
IP. 197606092002122001

Tembusan :
1. Wakil Dekan Bidang Akademik
2. Kajar IKM
3. Dosen Pembimbing
FKM Universitas Sriwijaya

Lampiran 7. Surat Rekomendasi Penelitian Kesbangpol

	PEMERINTAH KABUPATEN OGAN ILIR BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK Jalan Raya Lintas Timur – Km. 35 Telp. 580958 INDRALAYA
REKOMENDASI PENELITIAN Nomor : 070/Ref/BKBP/2024	
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ogan Ilir, memperhatikan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor : 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, dengan ini memberikan rekomendasi penelitian kepada :	
NAMA	: Dwi Ananda Putri
NIM	: 10012682226038
PROGRAM STUDI	: S2. Gizi Universitas Sriwijaya
JUDUL TESIS	: Hubungan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Puskesmas Pegayut
LOKASI PENELITIAN	: Puskesmas Pegayut
Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan sebagai berikut : 1. Rekomendasi ini hanya bagi kegiatan mencari data atau bahan penelitian; 2. Menanti ketentuan Peraturan perundang undangan yang berlaku; 3. Setelah tiba di lokasi dan sebelum melaksanakan penelitian terlebih dahulu melaporkan Diri ke Instansi setempat dengan menunjukkan surat ini; 4. Harus memperhatikan keamanan dan ketertiban umum selama kegiatan berlangsung; 5. Harus memperhatikan adat istiadat setempat; 6. Rekomendasi ini berlaku selama 4 (empat bulan); 7. Setelah melaksanakan kegiatan penelitian agar melaporkan hasilnya kepada Bupati Ogan Ilir Cq Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ogan Ilir;	
Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya dan kepada pihak / instansi terkait mohon bantuannya dan terima kasih.	
Dikeluarkan di : Indralaya Pada Tanggal : 25 November 2024 Pt Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ogan Ilir.  M. Jhon Hery, M. Ag Pembina TK. I / IV.b NIP. 197502112001121002	
Terselusan disampaikan Kepada Yth : 1. Bupati Ogan Ilir (sebagai laporan) 2. Kepala Dinas Kesehatan Kab Ogan Ilir 3. Yang bersangkutan 4. Arsip	



PEMERINTAH KABUPATEN OGAN ILIR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Raya Lintas Timur – Km. 35 Telp. 580958
INDRALAYA

Indralaya, 25 November 2024

Nomor : 070/143/BKBP/2024
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth
Kepala Puskesmas Pegayut

di
Tempat

Sehubungan dengan Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya Nomor: 1145/UN9.FKM/TU.SB5/2024 Tanggal 19 November 2024, dengan ini kami mendukung terlaksananya penelitian tersebut, dan mohon bantuan Saudara guna kelancarannya.

Demikian disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Plt.Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan
Politik Kabupaten Ogan Ilir.

H.Jhon Hery, M.Ag
Pembina TK.I / IV.b
NIP. 197502112001121002

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Bupati Ogan Ilir (sebagai laporan)
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab Ogan Ilir
3. Yang bersangkutan
4. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN OGAN ILIR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Raya Lintas Timur – Km. 35 Telp. 580958
I N D R A L A Y A

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/140/BKBP/2024

Membaca : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya Nomor: 1145/UN9.FKM/TU.SBS/2024 Tanggal 19 November 2024., Perihal Izin Penelitian.

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah kedua kalinya dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
2. Peraturan Gubernur Sumatera Selatan Nomor 48 Tahun 2010, tentang Perizinan Kegiatan Penelitian/ Survei di Provinsi Sumatera Selatan;
3. Peraturan Daerah Kabupaten Ogan Ilir Nomor 04 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Ogan Ilir (lembaran Daerah Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2008 Nomor 04 seri d);

MEMPERHATIKAN : Proposal Tesis Yang Bersangkutan

Nama Peneliti : Dewi Ananda Putri

Alamat : Lorong Swadaya Rt/Rw 018/005 Kel Lorok Pakjo Kec Ilir Barat I Kota Palembang

Judul Tesis : Hubungan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Puskesmas Pegayut

Maksud/ Tujuan : Penyusunan Tesis

Lokasi Penelitian : Puskesmas Pegayut

Lama penelitian : 4 (empat) bulan

Bidang penelitian : -

Status peneliti : Mahasiswa

Penanggung jawab : Dr.Misnaniarti,SKM,M.KM

Anggota Penelitian : -

Nama Lembaga/Organisasi : Universitas Sriwijaya

**HAL-HAL YANG HARUS DITAATI PENELITI DENGAN KETENTUAN
SEBAGAI BERIKUT :**

1. Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang tidak sesuai/ tidak ada kaitannya dengan judul penelitian;
2. Harus mentaati sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat;
3. Apabila masa berlaku surat pemberitahuan ini berakhir, sedang pelaksanaan penelitian belum selesai perpanjang penelitian harus diajukan kepada instansi pemohon;
4. Survey yang dilakukan tidak mengganggu lingkungan hidup dan ekosistem;
5. Melaporkan hasil penelitian kepada Bupati Ogan Ilir melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ogan Ilir, paling lambat 7 hari setelah selesai kegiatan;

Dikeluarkan di : Indralaya
Pada Tanggal : 25 November 2024

Plt Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan
Politik Kabupaten Ogan Ilir.



H. Jhon Hery, M.Ag
Pembina TK.I / IV.b
NIP--197502112001121002

Lampiran 8. Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan



PEMERINTAH KABUPATEN OGAN ILIR DINAS KESEHATAN

Komplek Perkantoran Terpadu Tanjung Senai Indralaya Kabupaten Ogan Ilir Sumatera Selatan
Telp (0711) 570713, E-Mail : dinkes.kesihatan@oganilirkab.go.id
Website : dinkes.oganilirkab.go.id Kode Pos 30662

Indralaya, 03 Desember 2024

Nomor : 440 / 2494 / 1 / KES / 2024
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.

di-

Tempat

Sehubungan dengan Surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya Nomor : 1146/UN9.FKM/TU.SB5/2024 tanggal 19 November 2024 dan Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor : 070 /208/ BKBP / 2024 tanggal 25 November 2024 tentang Izin Penelitian an.

Nama : Dwi Ananda Putri
NIM : 10012682226038
Program studi : S-2 Gizi Universitas Sriwijaya
Judul Penelitian : Hubungan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian Stunting pada anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut
Lokasi Penelitian : UPT Puskesmas Pegayut

Dalam hal ini pada prinsipnya kami dapat menyetujui Izin penelitian tersebut. Demikianlah untuk dimaklumi, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan Terima kasih.

a.n. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Ogan Ilir
Sekretaris,


Yenny Eva Yanti, SE., M.Si
Pembina, III, IV/b
NIP. 197610111997032001



PEMERINTAH KABUPATEN OGAN ILIR
DINAS KESEHATAN

Komplek Perkantoran Terpadu Tanjung Senai Indralaya Kabupaten Ogan Ilir Sumatera Selatan
Telp (0711) 570713, E-Mail : dinaskesehatan@oganilirkab.go.id
Website : dinkes.oganilirkab.go.id Kode Pos 30662

Indralaya, 03 Desember 2024

Nomor : 440 / 2024 / 1 / KES / 2024
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian
Kepada Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Sriwijaya
di-
Tempat

Schubungan dengan Surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya Nomor : 1146/UN9.FKM/TU.SB5/2024 tanggal 19 November 2024 dan Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor : 070 /208/ BKBP / 2024 tanggal 25 November 2024 tentang Izin Penelitian an.

Nama : Dwi Ananda Putri
NIM : 10012682226038
Program studi : S-2 Gizi Universitas Sriwijaya
Judul Penelitian : Hubungan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian Stunting pada anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut
Lokasi Penelitian : UPT Puskesmas Pegayut

Dalam hal ini pada prinsipnya kami dapat menyetujui dengan syarat sebagai berikut:

1. Setelah melaksanakan Izin Penelitian yang bersangkutan diharapkan melapor kembali ke Dinkes Ogan Ilir.
2. Mengumpulkan hasil karya tulis ilmiah sebanyak 1 (satu) eksemplar.

Demikianlah untuk dimaklumi atas segala perhatian dan kerjasama yang baik di ucapkan terima kasih.

a.n. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Ogan Ilir

Yenny Eva Yanti, SE., M.Si
Pembina, Tk. I, IV/b
NIP. 197610111997032001

Lampiran 9. Surat Izin Penelitian Puskesmas Pegayut

		PEMERINTAH KABUPATEN OGAN ILIR UPT PUSKESMAS PEGAYUT Jl Raya Desa Pegayut Kec. Pemulutan Kode Pos. 30653 Prov. Sum-Sel Telp. 082269254245 Email: pkmpelayut2015@yahoo.com
No	: 440/ 389 /PKM-PGT/2024	Kepada Yth,
Lampiran	: -	Dekan Universitas Sriwijaya
Perihal	: Surat izin Penelitian	Palembang
		di
		Indralaya
Sehubungan dengan Surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya Nomor:1142/UN9 FKM/TU.SB5/2024 tanggal 19 November 2024 dan Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor.070/209/BKBP/2024 Tanggal 25 November 2024 tentang Izin Penelitian an.		
Nama	: Dwi Ananda Putri	
NIM	: 10012682226038	
Program Studi	: S2 Gizi	
Judul Penelitian	: Hubungan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) dengan kejadian Stunting pada anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut	
Dalam hal ini kami memberikan Izin Penelitian tersebut Demikianlah untuk dimaklumi, atas perhatian dan Kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.		
Pegayut, 17 Desember 2024 Kepala UPT Puskesmas Pegayut		
 		
Bara Yunita, SKM Penata Tingkat I Nip. 198708252011012004		

Lampiran 10. Surat Keterangan Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN OGAN ILIR
UPT PUSKESMAS PEGAYUT

Jl. Raya Desa Pegayut Kec. Pematulutan Kode Pos 30653 Prov. Sum-Sel
Telp. 082269254245 Email: upt-puskesmas-pegayut@ogandilirkab.go.id

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 445/ 115 /PKM-PGT/2025

Pejabat yang bertandatangan di bawah ini :

Nama	: Bara Yunita, SKM, MKM.
NIP	: 198708252011012004
Pangkat / Golongan	: Penata Tingkat I / III d
Jabatan	: Kepala UPT Puskesmas Pegayut

Dengan ini Menerangkan bahwa :

Nama	: Dwi Ananda Putri
NIM	: 10012682226038
Fakultas	: Kesehatan Masyarakat
Universitas	: Universitas Sriwijaya
Judul Penelitian	: Hubungan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Pegayut.

Telah menyelesaikan penelitian di Puskesmas Pegayut dari tanggal 17 Desember 2024 s/d 14 Januari 2025. Semoga Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi Puskesmas Pegayut dan pihak yang berkepentingan.

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkandi : Pegayut
Pada Tanggal : 05 Mei 2025
KEPALA UPT PUSKESMAS PEGAYUT



Bara Yunita, SKM, MKM.
Penata Tingkat I
NIP.198708252011012004

Lampiran 11. Output

1. Analisis Univariat

JKBalita					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	66	60,0	60,0	60,0
	Perempuan	44	40,0	40,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Stunting					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stunting	26	23,6	23,6	23,6
	Tidak Stunting	84	76,4	76,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

PMBA					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak tepat	47	42,7	42,7	42,7
	Tepat	63	57,3	57,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
StatusGizi	,236	110	,000	,669	110	,000
DATAPMBA	,055	110	,200*	,984	110	,219

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

2. Analisis Bivariat

Stunting * PMBA Crosstabulation

		PMBA		Total
		Tidak tepat	Tepat	
Stunting	Stunting	Count	23	3
		Expected Count	11,1	14,9
		% within Stunting	88,5%	11,5%
		% within PMBA	48,9%	4,8%
		% of Total	20,9%	2,7%
	Tidak Stunting	Count	24	60
		Expected Count	35,9	48,1
		% within Stunting	28,6%	71,4%
		% within PMBA	51,1%	95,2%
		% of Total	21,8%	54,5%
Total	Count		47	63
	Expected Count		47,0	63,0
	% within Stunting		42,7%	57,3%
	% within PMBA		100,0%	100,0%
	% of Total		42,7%	57,3%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	29,102 ^a	1	,000	,000	,000	
Continuity Correction ^b	26,706	1	,000			
Likelihood Ratio	31,051	1	,000	,000	,000	
Fisher's Exact Test				,000	,000	
Linear-by-Linear Association	28,837 ^c	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	110					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,11.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 5,370.

Group Statistics

	Stunting	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Umur	Stunting	26	14,3077	5,12850	1,00578
	Tidak Stunting	84	15,0714	5,24298	,57206

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Umur	Equal variances assumed	,100	,753	-,652	108	,516	-,76374	1,17076	- 3,08438	1,556
	Equal variances not assumed			-,660	42,453	,513	-,76374	1,15708	- 3,09809	1,570

Stunting * ASIEksklusif Crosstabulation

		ASIEksklusif		Total
		Tidak ASI eksklusif	ASI eksklusif	
Stunting	Stunting	Count	13	13
		Expected Count	11,3	14,7
		% within Stunting	50,0%	50,0%
		% within ASIEksklusif	27,1%	21,0%
		% of Total	11,8%	11,8%
	Tidak Stunting	Count	35	49
		Expected Count	36,7	47,3
		% within Stunting	41,7%	58,3%
		% within ASIEksklusif	72,9%	79,0%
		% of Total	31,8%	44,5%
Total			Count	48
			Expected Count	48,0
			% within Stunting	43,6%

% within ASIEksklusif	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total	43,6%	56,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,561 ^a	1	,454	,502	,300	
Continuity Correction ^b	,273	1	,601			
Likelihood Ratio	,558	1	,455	,502	,300	
Fisher's Exact Test				,502	,300	
Linear-by-Linear Association	,555 ^c	1	,456	,502	,300	,135
N of Valid Cases	110					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,35.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is ,745.

Stunting * ASILanjutan Crosstabulation

		ASILanjutan		Total
		Tidak ASI Lanjutan	ASI Lanjutan	
Stunting	Stunting	Count	17	9
		Expected Count	16,8	9,2
		% within Stunting	65,4%	34,6%
		% within ASILanjutan	23,9%	23,1%
		% of Total	15,5%	8,2%
	Tidak Stunting	Count	54	30
		Expected Count	54,2	29,8
		% within Stunting	64,3%	35,7%
		% within ASILanjutan	76,1%	76,9%
		% of Total	49,1%	27,3%
Total	Count		71	39
	Expected Count		71,0	39,0
	% within Stunting		64,5%	35,5%
	% within ASILanjutan		100,0%	100,0%
	% of Total		64,5%	35,5%

Chi-Square Tests						
	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,010 ^a	1	,918	1,000	,557	
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	,011	1	,918	1,000	,557	
Fisher's Exact Test				1,000	,557	
Linear-by-Linear Association	,010 ^c	1	,919	1,000	,557	,185
N of Valid Cases	110					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,22.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is ,102.

Stunting * RiwayatPenyInfeksi Crosstabulation

		RiwayatPenyInfeksi		Total
		Ada Riwayat Penyakit Infeksi	Tidak Ada Riwayat Penyakit Infeksi	
Stunting	Stunting	Count	18	26
		Expected Count	19,4	26,0
		% within Stunting	69,2%	100,0%
		% within RiwayatPenyInfeksi	22,0%	23,6%
		% of Total	16,4%	23,6%
	Tidak Stunting	Count	64	84
		Expected Count	62,6	84,0
		% within Stunting	76,2%	100,0%
		% within RiwayatPenyInfeksi	78,0%	76,4%
		% of Total	58,2%	76,4%
Total	Count		82	110
	Expected Count		82,0	110,0
	% within Stunting		74,5%	100,0%
	% within RiwayatPenyInfeksi		100,0%	100,0%
	% of Total		74,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,507 ^a	1	,477	,607	,319	
Continuity Correction ^b	,206	1	,650			
Likelihood Ratio	,493	1	,483	,607	,319	
Fisher's Exact Test				,607	,319	
Linear-by-Linear Association	,502 ^c	1	,479	,607	,319	,153
N of Valid Cases	110					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,62.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -,709.

Stunting * JKBalita Crosstabulation

		JKBalita		Total
		Laki-Laki	Perempuan	
Stunting	Stunting	Count	19	7
		Expected Count	15,6	10,4
		% within Stunting	73,1%	26,9%
		% within JKBalita	28,8%	15,9%
		% of Total	17,3%	6,4%
	Tidak Stunting	Count	47	37
		Expected Count	50,4	33,6
		% within Stunting	56,0%	44,0%
		% within JKBalita	71,2%	84,1%
		% of Total	42,7%	33,6%
Total	Count		66	44
	Expected Count		66,0	44,0
	% within Stunting		60,0%	40,0%
	% within JKBalita		100,0%	100,0%
	% of Total		60,0%	40,0%

Chi-Square Tests						
	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,426 ^a	1	,119	,169	,091	
Continuity Correction ^b	1,765	1	,184			
Likelihood Ratio	2,518	1	,113	,169	,091	
Fisher's Exact Test				,169	,091	
Linear-by-Linear Association	2,404 ^c	1	,121	,169	,091	,056
N of Valid Cases	110					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,40.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1,550.

Stunting * Pendlbu Crosstabulation

		Pendlbu		Total
		Rendah (Tidak Sekolah, SD, SMP)	Tinggi (SMA, PT/Akademi)	
Stunting	Stunting	Count	14	12
		Expected Count	15,4	10,6
		% within Stunting	53,8%	46,2%
		% within Pendlbu	21,5%	26,7%
		% of Total	12,7%	10,9%
	Tidak Stunting	Count	51	33
		Expected Count	49,6	34,4
		% within Stunting	60,7%	39,3%
		% within Pendlbu	78,5%	73,3%
		% of Total	46,4%	30,0%
Total	Count		65	45
	Expected Count		65,0	45,0

% within Stunting	59,1%	40,9%	100,0%
% within Pendlbu	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total	59,1%	40,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,387 ^a	1	,534	,649	,345	
Continuity Correction ^b	,155	1	,693			
Likelihood Ratio	,385	1	,535	,649	,345	
Fisher's Exact Test				,649	,345	
Linear-by-Linear Association	,384 ^c	1	,536	,649	,345	,148
N of Valid Cases	110					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,64.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -,620.

Stunting * StatusImunisasi Crosstabulation

		StatusImunisasi		Total
		Imunisasi Tidak Lengkap	Imunisasi Lengkap	
Stunting	Stunting	Count	22	4
		Expected Count	18,0	8,0
		% within Stunting	84,6%	15,4%
		% within StatusImunisasi	28,9%	11,8%
		% of Total	20,0%	3,6%
	Tidak Stunting	Count	54	30
		Expected Count	58,0	26,0
		% within Stunting	64,3%	35,7%
		% within StatusImunisasi	71,1%	88,2%
		% of Total	49,1%	27,3%

Total	Count	76	34	110
	Expected Count	76,0	34,0	110,0
	% within Stunting	69,1%	30,9%	100,0%
	% within StatusImunisasi	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	69,1%	30,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3,842 ^a	1	,050	,056	,039	
Continuity Correction ^b	2,949	1	,086			
Likelihood Ratio	4,222	1	,040	,056	,039	
Fisher's Exact Test				,056	,039	
Linear-by-Linear Association	3,808 ^c	1	,051	,056	,039	,028
N of Valid Cases	110					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,04.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1,951.

Stunting * StatusEkonomi Crosstabulation

			StatusEkonomi		
			Rendah	Tinggi	Total
Stunting	Stunting	Count	23	3	26
		Expected Count	21,5	4,5	26,0
		% within Stunting	88,5%	11,5%	100,0%
		% within StatusEkonomi	25,3%	15,8%	23,6%
		% of Total	20,9%	2,7%	23,6%
	Tidak Stunting	Count	68	16	84
		Expected Count	69,5	14,5	84,0
		% within Stunting	81,0%	19,0%	100,0%
		% within StatusEkonomi	74,7%	84,2%	76,4%
		% of Total	61,8%	14,5%	76,4%
Total	Count	91	19	110	

Expected Count	91,0	19,0	110,0
% within Stunting	82,7%	17,3%	100,0%
% within StatusEkonomi	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total	82,7%	17,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	,783 ^a	1	,376	,555	,287	
Continuity Correction ^b	,346	1	,556			
Likelihood Ratio	,843	1	,359	,405	,287	
Fisher's Exact Test				,555	,287	
Linear-by-Linear Association	,776 ^c	1	,378	,555	,287	,172
N of Valid Cases	110					

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,49.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is ,881.

3. Analisis Multivariat

PEMODELAN AWAL

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	PMBA(1)	3,390	,748	20,552	1	,000	29,664	6,851	128,446
	IMD	-,663	,613	1,171	1	,279	,515	,155	1,712
	ASIEksklusif	1,932	,864	4,999	1	,025	6,903	1,269	37,539
	ASILanjutan	-1,205	,870	1,917	1	,166	,300	,054	1,650
	RiwayatPen yInfeksi	-,276	,683	,163	1	,687	,759	,199	2,896
	JKBalita	,812	,854	,904	1	,342	2,253	,422	12,019
	Umur	,040	,057	,481	1	,488	1,041	,930	1,164
	PendIbu	,109	,587	,034	1	,853	1,115	,353	3,525

StatusImunisasi	1,227	,994	1,524	1	,217	3,410	,486	23,912
StatusEkonomi	,552	,854	,417	1	,519	1,736	,325	9,265
Constant	-1,641	1,184	1,922	1	,166	,194		

a. Variable(s) entered on step 1: PMBA, IMD, ASIEksklusif, ASILanjutan, RiwayatPenyInfeksi, JKBalita, Umur, PendIbu, StatusImunisasi, StatusEkonomi.

IDENTIFIKASI CONFOUONDING

		Variables in the Equation							
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	PMBA(1)	3,362	,723	21,609	1	,000	28,851	6,991	119,069
	ASIEksklusif	1,679	,795	4,461	1	,035	5,361	1,129	25,467
	ASILanjutan	-,912	,777	1,378	1	,240	,402	,088	1,842
	StatusImunisasi	1,547	,720	4,615	1	,032	4,696	1,145	19,257
	Constant	-1,085	,565	3,678	1	,055	,338		

a. Variable(s) entered on step 1: PMBA, ASIEksklusif, ASILanjutan, StatusImunisasi.

FINAL MODEL

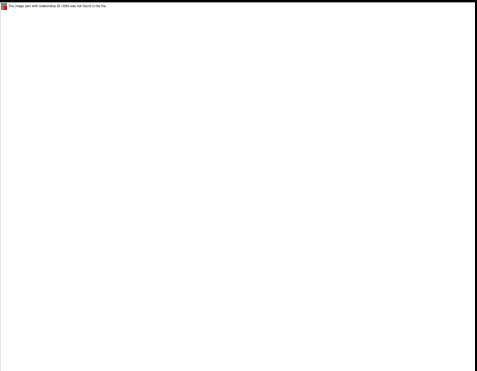
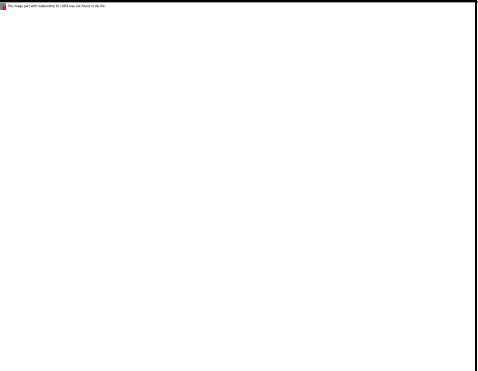
		Variables in the Equation						95% C.I.for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1 ^a	PMBA(1)	3,362	,723	21,609	1	,000	28,851	6,991	119,069
	ASIEksklusif	1,679	,795	4,461	1	,035	5,361	1,129	25,467
	ASILanjutan	-,912	,777	1,378	1	,240	,402	,088	1,842
	StatusImunisasi	1,547	,720	4,615	1	,032	4,696	1,145	19,257
	Constant	-1,085	,565	3,678	1	,055	,338		

a. Variable(s) entered on step 1: PMBA, ASIEksklusif, ASILanjutan, StatusImunisasi.

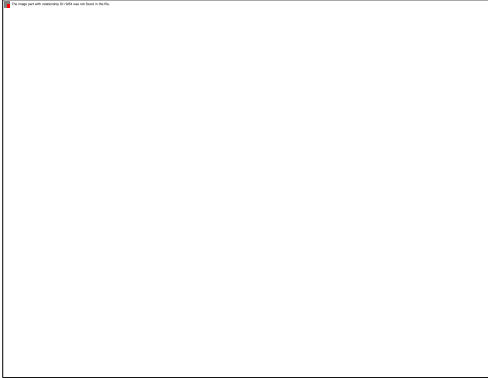
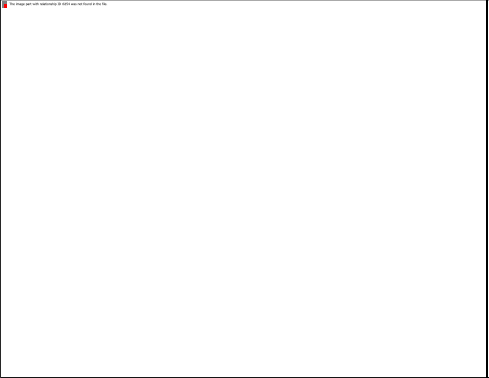
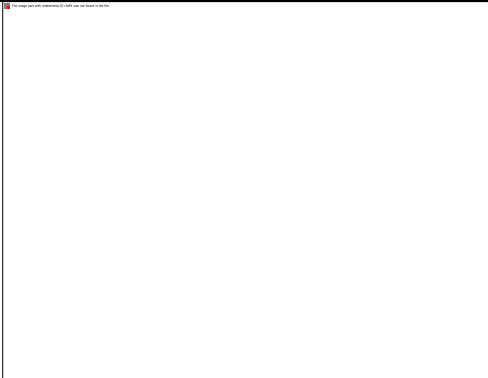
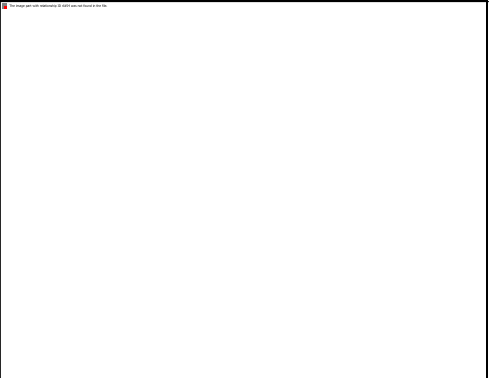
Lampiran 12. Dokumentasi

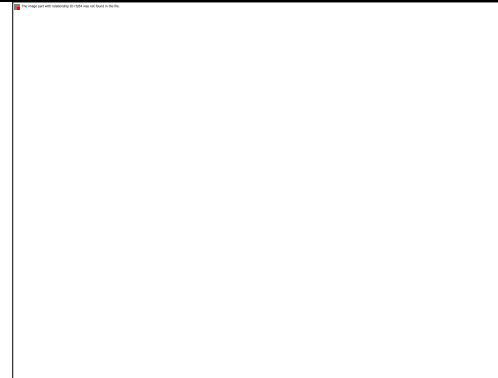
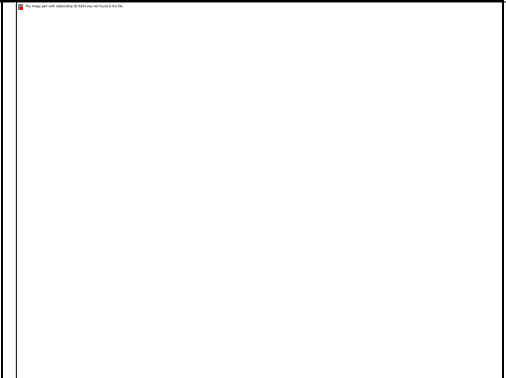
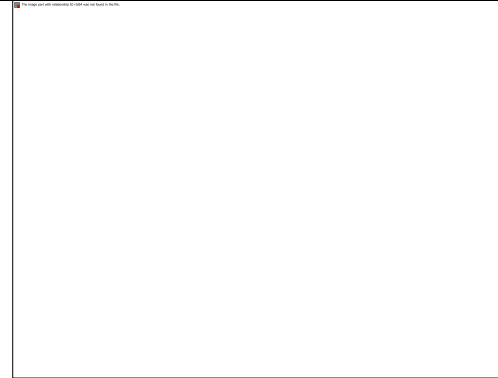
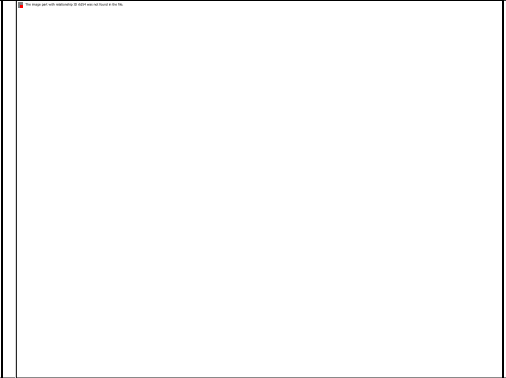
Dokumentasi Penelitian di Desa Ibul Besar III

	
Gambar 1. Perizinan ke Kantor Desa Ibul Besar III	Gambar 2. Foto bersama Bidan Desa dan Kader Posyandu yang mendampingi penelitian di Desa Ibul Besar III
	
Gambar 3. Kunjungan ke rumah responden di Desa Ibul Besar III	Gambar 4. Proses Pengambilan data responden di Desa Ibul Besar III
	
Gambar 5. Pengukuran Berat Badan (BB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Ibul Besar III	Gambar 6. Pengukuran Panjang Badan (PB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Ibul Besar III

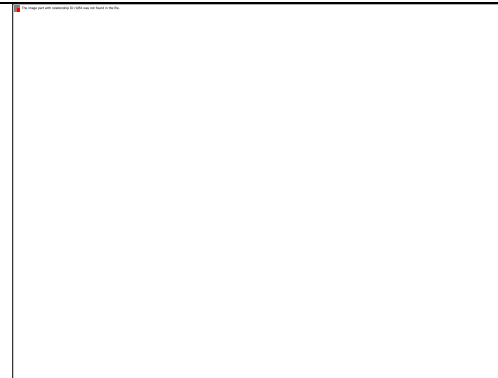
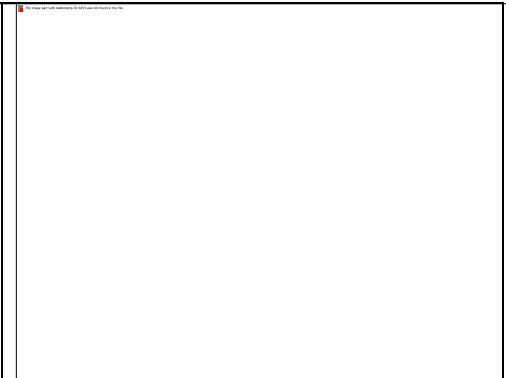
	
Gambar 7. Lokasi Penelitian di Desa Ibul Besar III	Gambar 8. Lokasi Penelitian di Desa Ibul Besar III
	
Gambar 9. Lokasi Penelitian di Desa Ibul Besar III	Gambar 10. Proses Pengambilan data responden di Desa Ibul Besar III
	
Gambar 11. Lokasi Penelitian di Desa Ibul Besar III	Gambar 12. Lokasi Penelitian di Desa Ibul Besar III

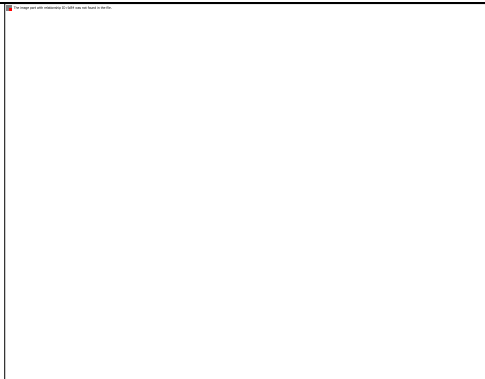
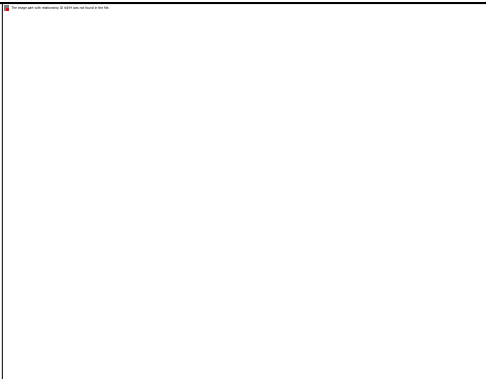
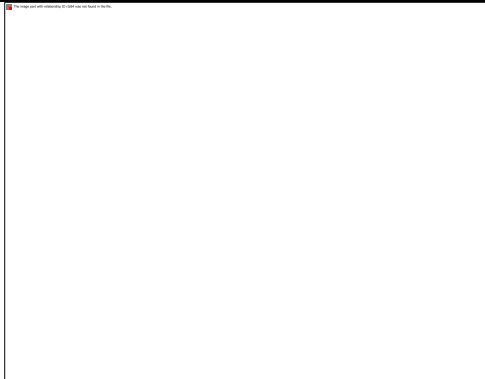
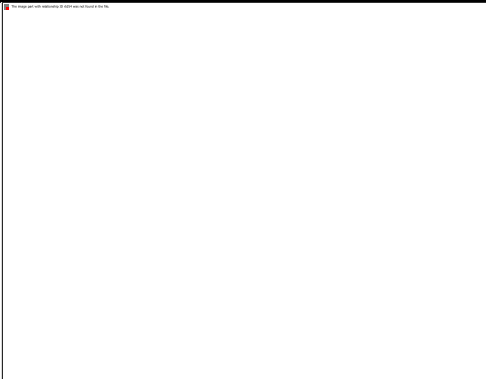
Dokumentasi Penelitian di Desa Sungai Buaya

	
Gambar 1. Lokasi Penelitian Desa Sungai Buaya	Gambar 2. Foto bersama Bidan Desa yang mendampingi penelitian di Desa Sungai Buaya
	
Gambar 3. Pengambilan Data Responden di Desa Sungai Buaya	Gambar 4. Proses Pengambilan data responden di Desa Sungai Buaya
	
Gambar 5. Pengukuran Berat Badan (BB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Sungai Buaya	Gambar 6. Pengukuran Panjang Badan (PB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Sungai Buaya

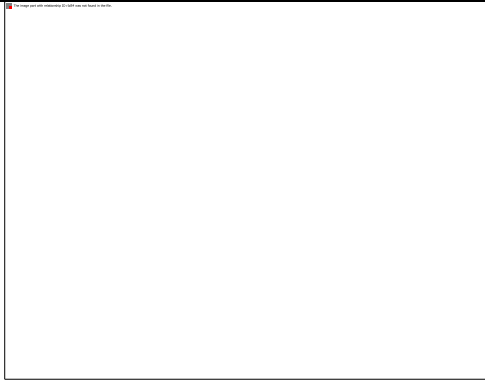
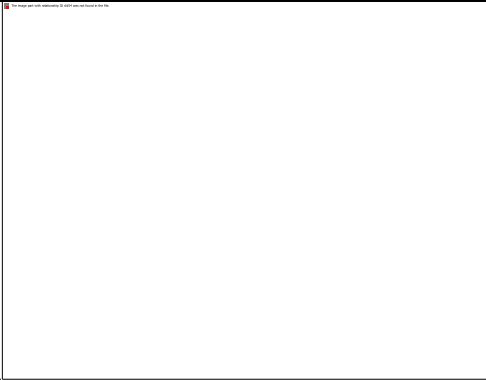
	
Gambar 7. Pengukuran Berat Badan (BB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Sungai Buaya	Gambar 8. Pengukuran Panjang Badan (PB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Sungai Buaya
	
Gambar 9. Pengukuran Berat Badan (BB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Sungai Buaya	Gambar 10. Pengukuran Panjang Badan (PB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Sungai Buaya

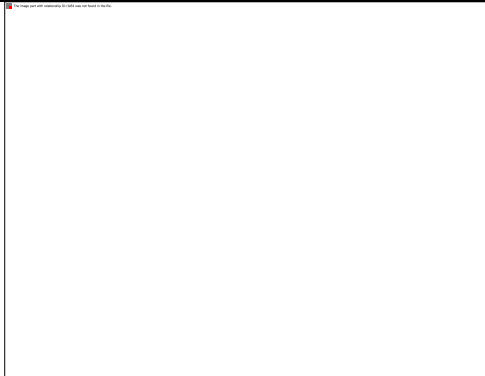
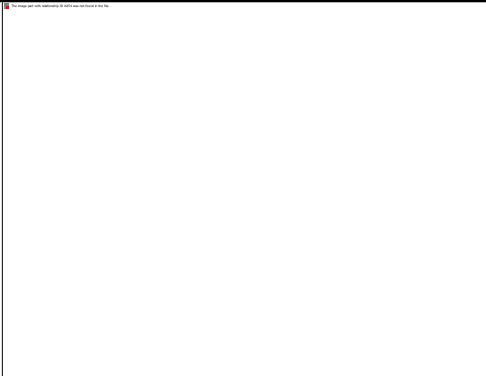
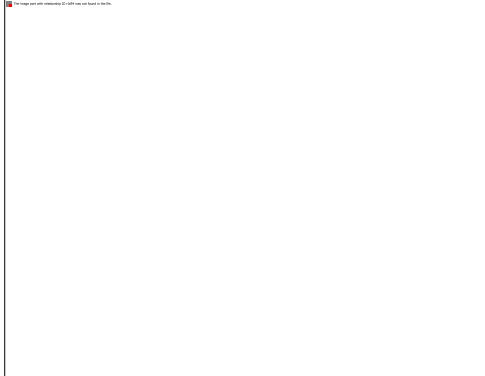
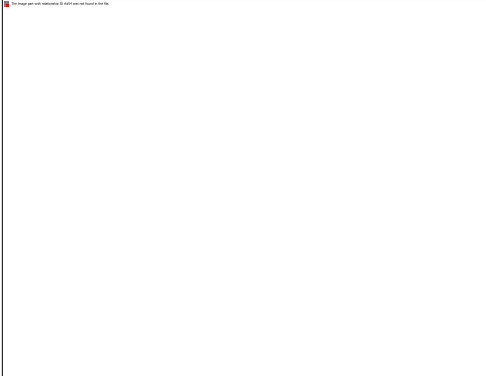
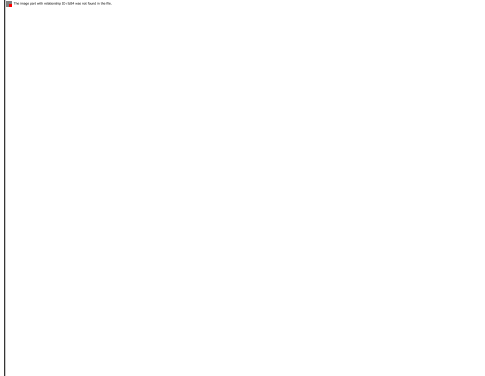
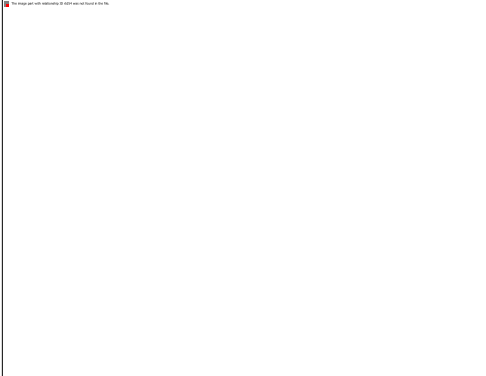
Dokumentasi Penelitian di Desa Pipa Putih

	
Gambar 1. Lokasi Penelitian Desa Pipa Putih	Gambar 2. Lokasi Penelitian Desa Pipa Putih

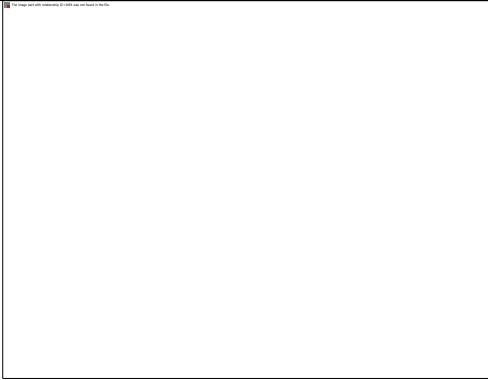
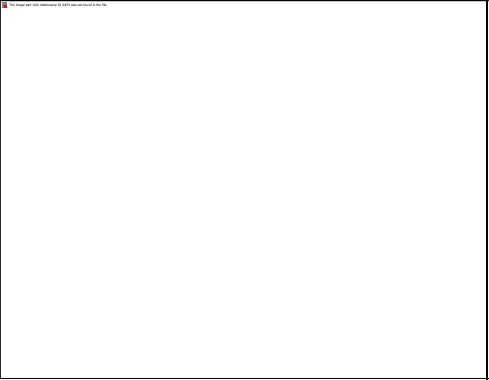
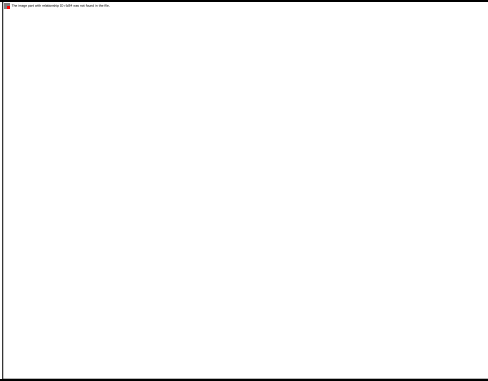
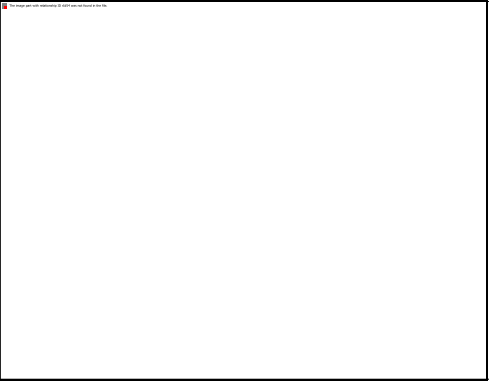
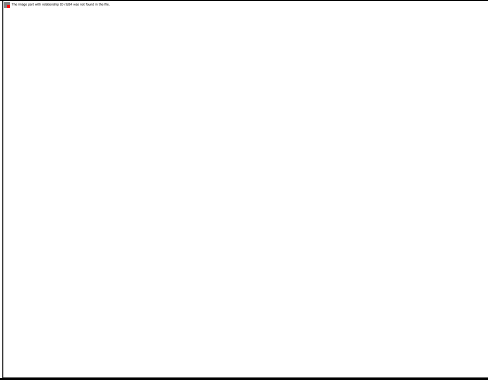
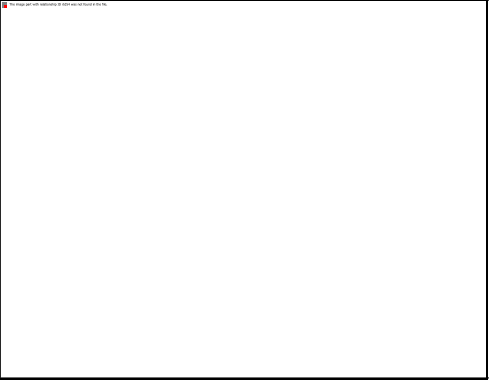
	
Gambar 3. Foto bersama Kader Posyandu yang mendampingi penelitian di Desa Pipa Putih	Gambar 4. Foto bersama Kader Posyandu yang mendampingi penelitian di Desa Pipa Putih
	
Gambar 5. Pengukuran Panjang Badan (PB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Pipa Putih	Gambar 6. Pengukuran Antropometri untuk mengetahui Status Gizi Responden di Desa Pipa Putih

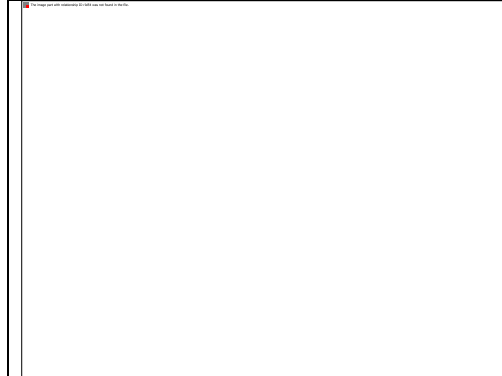
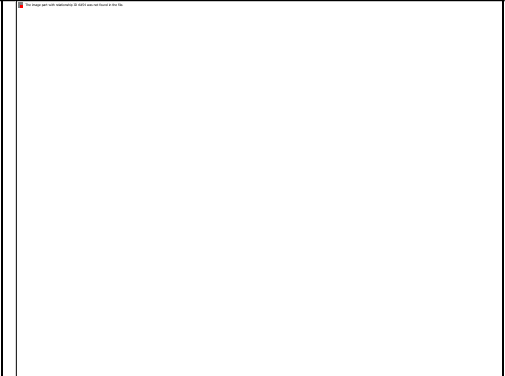
Dokumentasi Penelitian di Desa Pegayut

	
Gambar 1. Lokasi Penelitian	Gambar 2. Lokasi Penelitian

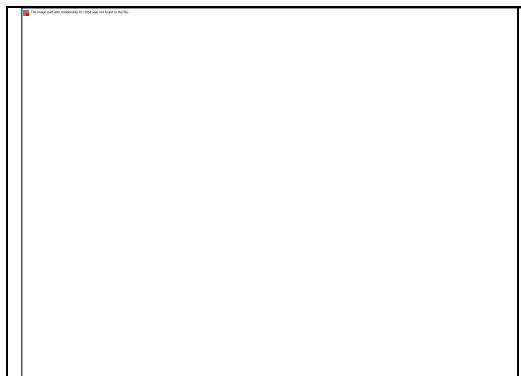
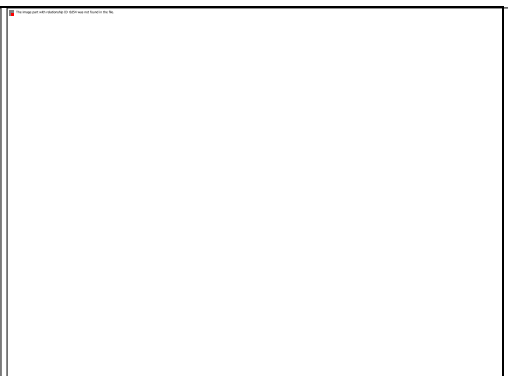
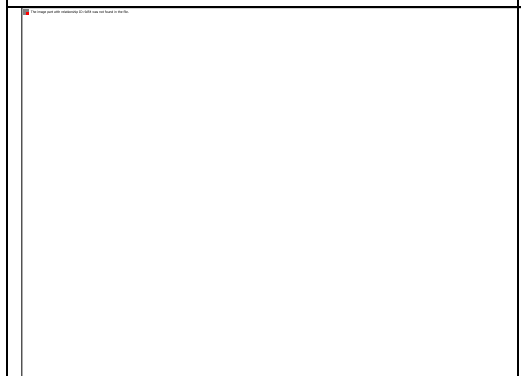
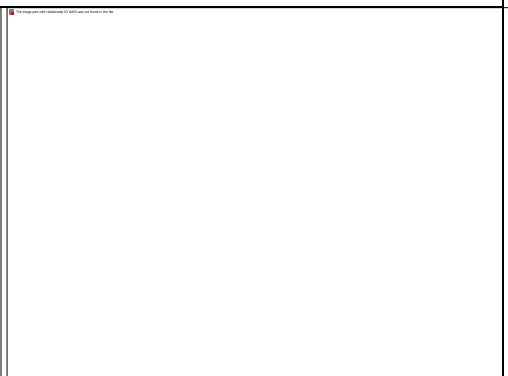
Desa Pegayut	Desa Pegayut
	
Gambar 3. Foto bersama Kader Posyandu yang mendampingi penelitian di Desa Pegayut	Gambar 4. Foto bersama Kader Posyandu yang mendampingi penelitian di Desa Pegayut
	
Gambar 5. Pengukuran Berat Badan (BB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Pegayut	Gambar 6. Pengukuran Panjang Badan (PB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Pegayut
	
Gambar 7. Proses Pengambilan data responden di Desa Pegayut	Gambar 8. Lokasi Penelitian di Desa Pegayut

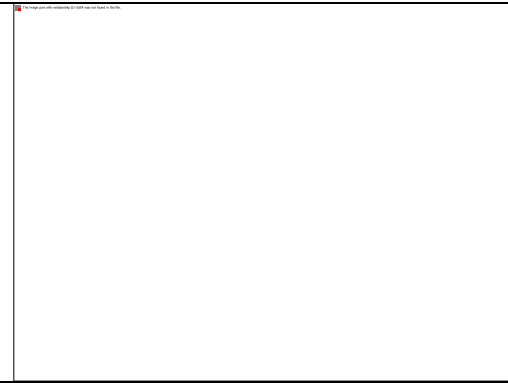
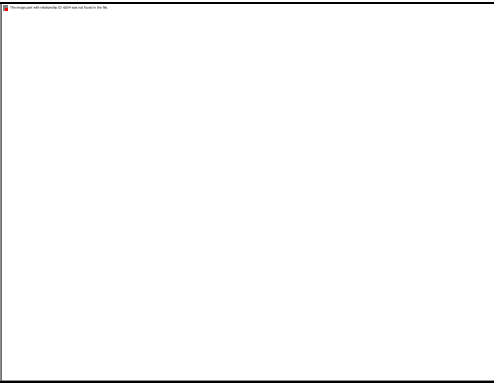
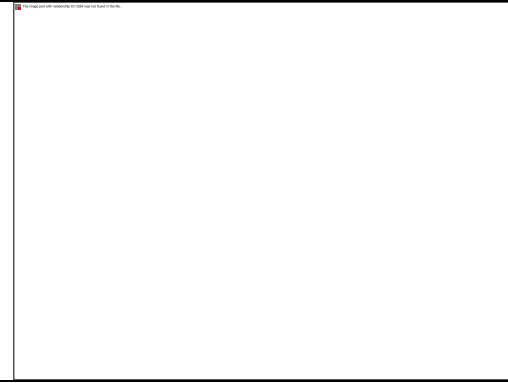
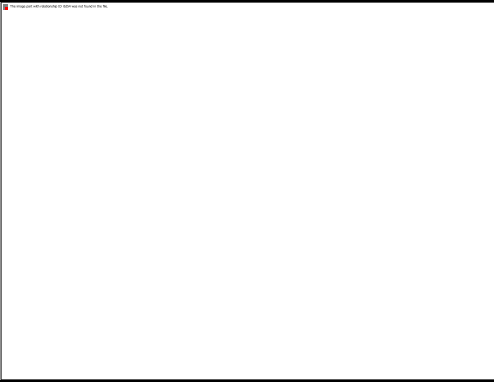
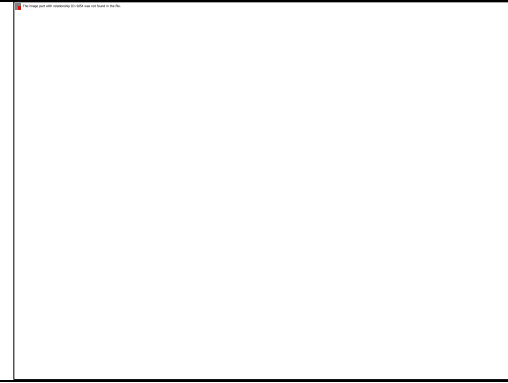
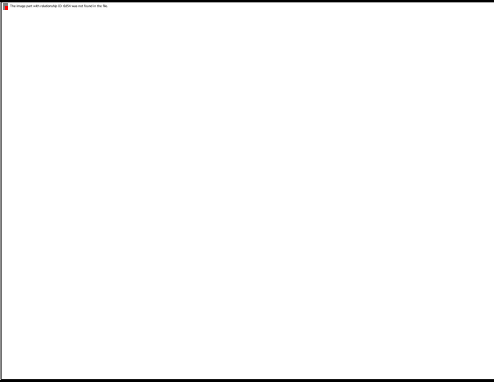
Dokumentasi Penelitian di Desa Harapan

	
Gambar 1. Lokasi Penelitian Desa Harapan	Gambar 2. Lokasi Penelitian Desa Harapan
	
Gambar 3. Foto bersama di Balai Desa Harapan	Gambar 4. Foto bersama Kader Posyandu yang mendampingi penelitian di Desa Pegayut
	

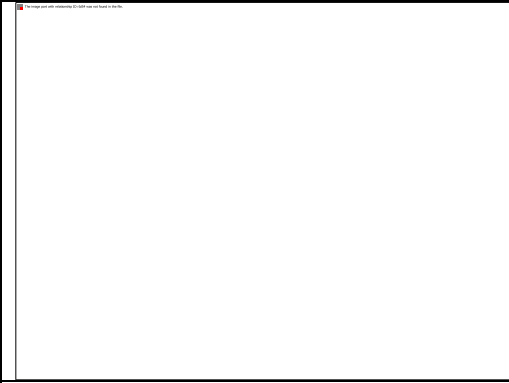
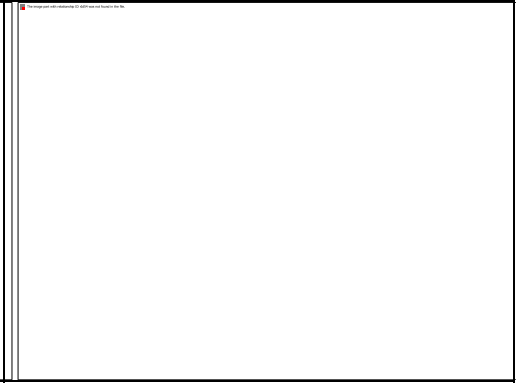
Gambar 5. Proses pengambilan data Antropometri Gizi Responden di Desa Pegayut	Gambar 6. Pengukuran Panjang Badan (PB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Harapan
	
Gambar 7. Proses Pengambilan data responden di Desa Harapan	Gambar 8. Penimbangan Berat Badan (BB) Responden

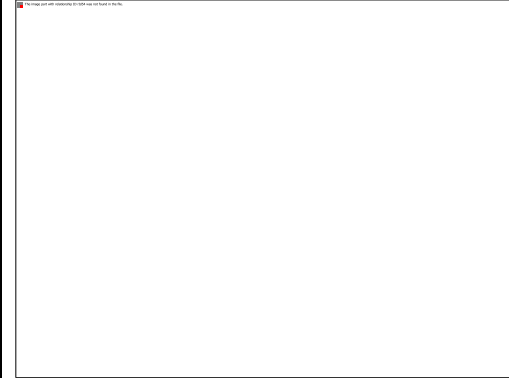
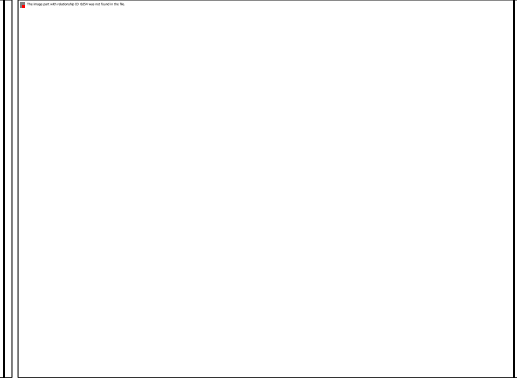
Dokumentasi Penelitian di Desa Ibul Besar II

	
Gambar 1. Lokasi Penelitian Desa Ibul Besar II	Gambar 2. Lokasi Penelitian Desa Ibul Besar II
	

Gambar 3. Lokasi Penelitian Desa Ibul Besar II	Gambar 4. Foto bersama Kader Posyandu yang mendampingi penelitian di Desa Ibul Besar II
	
Gambar 5. Pengukuran Berat Badan (BB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Ibul Besar II	Gambar 6. Pengukuran Panjang Badan (PB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Ibul Besar II
	
Gambar 7. Proses pengambilan data Responden di Desa Ibul Besar II	Gambar 8. Proses Pengambilan data Antropometri responden di Desa Ibul Besar II
	
Gambar 9. Proses pengambilan data Responden di Desa Ibul Besar II	Gambar 10. Proses Pengukuran Panjang Badan (PB) responden di Desa Ibul Besar II

Dokumentasi Penelitian di Desa Babatan Saudagar

	
Gambar 1. Lokasi Penelitian Desa Babatan Saudagar	Gambar 2. Lokasi Penelitian Desa Babatan Saudagar
	
Gambar 3. Proses Pengambilan Data di Desa Babatan Saudagar	Gambar 4. Foto bersama Kepala Desa dan Kader Posyandu di Desa Babatan Saudagar

	
Gambar 5. Pengukuran Berat Badan (BB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Babatan Saudagar	Gambar 6. Pengukuran Panjang Badan (PB) untuk melihat Status Gizi Responden di Desa Babatan Saudagar