

**DETERMINAN KEJADIAN *STUNTING* PADA ANAK USIA 6-23 BULAN  
DI KABUPATEN TIMOR TENGAH SELATAN**

**TUGAS AKHIR**

**Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Sarjana Gizi**



**Oleh:**

**Selfiana Mercy Selan  
NIM 175070309111006**

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
2019**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan anugerahNya sehingga penyusunan Tugas Akhir yang berjudul “ Determinan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan dapat diselesaikan dengan baik. Penyusunan Tugas Akhir ini tak lepas dari bimbingan dan dorongan moril berbagai pihak, oleh karena itu sepantasnya penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada :

1. Dr. dr. Wisnu Barlianto, Msi.Med,Sp.A(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang beserta seluruh staf akademik yang telah membantu penulis mengikuti pendidikan.
2. Dian Handayani, SKM.,M.Kes.,PhD selaku Ketua Jurusan Gizi Universitas Brawijaya Malang beserta seluruh staf akademik yang telah membantu selama penulis mengikuti pendidikan.
3. Dr. Nurul Muslihah, M.Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Gizi Universitas Brawijaya Malang sekaligus Pembimbing I yang telah banyak memberikan masukan serta arahan guna penyempurnaan penulisan Tugas Akhir ini.
4. Intan Yusuf Habibie, S.Gz., M.Sc selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan serta guna penyempurnaan penulisan Tugas Akhir ini.
5. dr. Harun Al Rasyid, M.PH selaku Ketua Tim Penguji Ujian Tugas Akhir yang telah memberikan masukan untuk menyempurnakan naskah Tugas Akhir.

6. Yang tersayang suamiku Doni, my triple F (Fajar, Fino, Fyonna), mama Ana, inspirasiku Opa Kaleka, adik-adikku serta keluarga tercinta yang selalu memberikan dukungan dalam bentuk apapun dalam menyelesaikan penyusunan Tugas Akhir ini.
7. Sahabat-sahabatku Anio, Anisa, Nance, Lora, Ledsa, Stella Babz, ka UA, teman-teman SAP Gizi 2017 atas support yang selalu diberikan selama penyusunan Tugas Akhir ini.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari masih sangat banyak kekurangan dan keterbatasan dalam Tugas Akhir ini, oleh karena itu kritik dan saran untuk kesempurnaan Tugas Akhir ini sangat diharapkan. Penulis berharap semoga Tugas Akhir ini dapat bermanfaat baik untuk penulis sendiri, dunia gizi, dunia pendidikan dan masyarakat pada umumnya.

Malang,

Juni 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman

Judul.....	i
Lembar Persetujuan .....	ii
Kata Pengantar.....	iii
Abstrak .....	v
Daftar Isi .....	vii
Daftar Tabel.....	ix
Daftar Gambar .....	x
Daftar Singkatan .....	xi
Daftar Lampiran .....	xii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	3
1.4.1 Manfaat Akademik.....	3
1.4.2 Manfaat Praktis .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
2.1 <i>Stunting</i> .....	5
2.1.1 Definisi <i>Stunting</i> .....	5
2.1.2 Penilaian Antropometri <i>Stunting</i> .....	7
2.1.3 Indeks Antropometri .....	10
2.1.4 Faktor Penyebab <i>Stunting</i> .....	11
2.2 Gizi Baduta.....	20
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....</b>	<b>23</b>
3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	23
3.2 Hipotesis .....	24
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>25</b>
4.1 Rancangan Penelitian .....	25
4.2 Populasi dan Sampel.....	25
4.2.1 Populasi Penelitian.....	25
4.2.2 Besar sampel .....	26
4.2.3 Teknik Sampling.....	27
4.3 Variabel Penelitian.....	29
4.3.1 Variabel Terikat .....	29
4.3.2 Variabel Bebas .....	29
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	29



4.5	Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian.....	30
4.5.1	Lembar <i>Ethical Clearance</i> .....	30
4.5.2	<i>Informed Consent</i> .....	30
4.5.3	Kuesioner Penelitian .....	30
4.5.4	<i>Lengthboard/Invantometer/Microtoice</i> .....	30
4.5.5	Kamera .....	30
4.6	Definisi Istilah/Operasional .....	31
4.7	Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data .....	34
4.7.1	Prosedur Penelitian .....	34
4.7.2	Pengumpulan Data.....	35
4.8	Analisis Data .....	37
BAB 5 HASIL PENELITIAN .....		38
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	38
5.2	Karakteristik Responden .....	39
5.3	Determinan Kejadian <i>Stunting</i> Pada Aspek Anak .....	43
5.4	Determinan Kejadian <i>Stunting</i> Pada Aspek Ibu .....	45
5.5	Determinan Kejadian <i>Stunting</i> Pada Aspek Keluarga.....	48
5.6	Determinan Kejadian <i>Stunting</i> Pada Aspek Riwayat Pemberian MP-ASI .....	49
5.7	Analisa Determinan Kejadian <i>Stunting</i> .....	50
BAB 6 PEMBAHASAN .....		52
6.1	Pembahasan Hasil Penelitian.....	52
6.1.1	Gambaran Karakteristik Responden .....	52
6.1.2	Determinan Kejadian <i>Stunting</i> dari Aspek Anak.....	56
6.1.3	Determinan Kejadian <i>Stunting</i> dari Aspek Ibu.....	59
6.1.4	Determinan Kejadian <i>Stunting</i> dari Aspek Keluarga .....	61
6.1.5	Determinan Kejadian <i>Stunting</i> dari Aspek Riwayat Pemberian MP-ASI.....	63
6.1.6	Determinan Kejadian <i>Stunting</i> .....	64
6.2	Implikasi Terhadap Bidang Gizi dan Kesehatan .....	66
6.3	Kelebihan dan Keterbatasan .....	67
BAB 7 PENUTUP .....		69
7.1	Kesimpulan .....	69
7.2	Saran .....	70
DAFTAR PUSTAKA.....		71
LAMPIRAN		

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Indikator Kesehatan Masyarakat dari Gizi Kurang Balita .....	7
Tabel 2.2	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks TB/U.....	11
Tabel 2.3	Pedoman pemberian makan pada bayi/anak usia 6-23 bulan yang mendapat ASI .....	18
Tabel 2.4	Angka Kecukupan Energi dan Protein yang Dianjurkan untuk Bayi dan Anak (per orang/hari) .....	21
Tabel 4.1	Definisi Istilah/Operasional .....	31
Tabel 5.1	Karakteristik Responden.....	39
Tabel 5.2	Hubungan Antara Berat Badan Lahir dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan .....	43
Tabel 5.3	Hubungan Antara Riwayat ASI Eksklusif dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan .....	44
Tabel 5.4	Hubungan Antara Umur Ibu Saat Hamil dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan .....	45
Tabel 5.5	Hubungan Antara Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan .....	46
Tabel 5.6	Hubungan Antara Pendidikan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan .....	46
Tabel 5.7	Hubungan Antara Tinggi Badan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan .....	47
Tabel 5.8	Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan .....	48
Tabel 5.9	Hubungan Antara Usia Pemberian MP-ASI pertama dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan .....	49
Tabel 5.10	Hubungan Antara Jenis Pemberian MP-ASI pertama dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan .....	50
Tabel 5.11	Hasil Analisa Regresi Logistik .....	51

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	23
Gambar 4.1 Prosedur Pengambilan Sampel.....	28
Gambar 4.2 Alur Penelitian .....	34

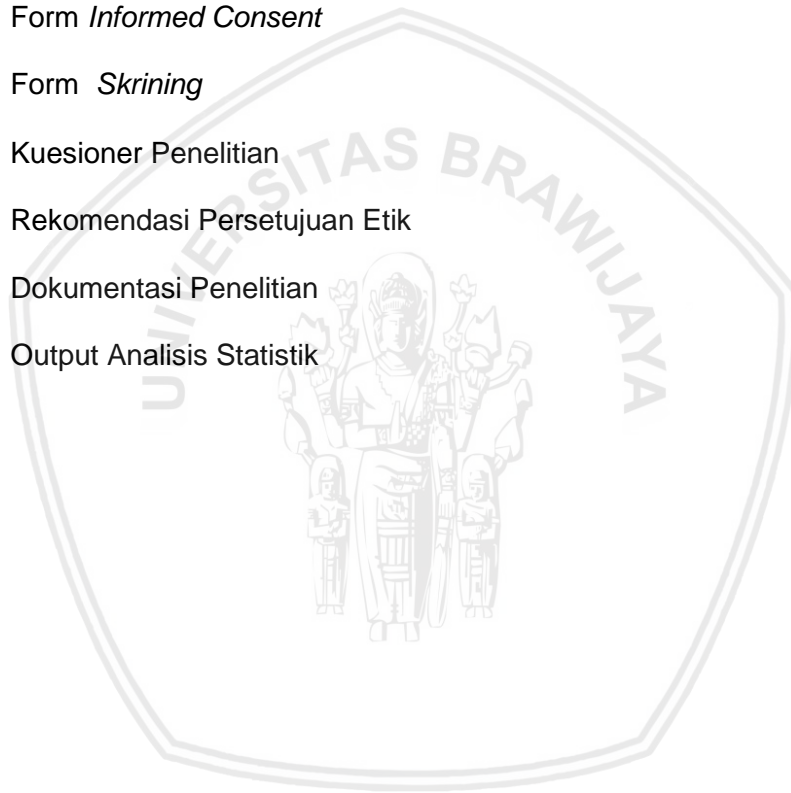


**DAFTAR SINGKATAN**

ASI	= Air Susu Ibu
AKG	= Angka Kecukupan Gizi
AsDI	= Asosiasi Dietisien Indonesia
BBLR	= Berat Badan Bayi Lahir Rendah
DPL	= Di Atas Permukaan Laut
IDAI	= Ikatan Dokter Anak Indonesia
MP-ASI	= Makanan Pendamping Air Susu Ibu
OR	= Odds Rasio
PERSAGI	= Persatuan Ahli Gizi Indonesia
RISKESDAS	= Riset Kesehatan Dasar
SD	= Standar Deviasi
SPSS	= Statistical Product and Service Solutions
TTS	= Timor Tengah Selatan
WHO	= World Health Organization

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Pernyataan Keaslian Penelitian
- Lampiran 2 Form *Informed Consent*
- Lampiran 3 Form *Skrining*
- Lampiran 4 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 Rekomendasi Persetujuan Etik
- Lampiran 6 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 7 Output Analisis Statistik



HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

DETERMINAN KEJADIAN *STUNTING* PADA ANAK USIA 6-23 BULAN  
DI KABUPATEN TIMOR TENGAH SELATAN

Oleh :  
**Selfiana Mercy Selan**  
NIM 175070309111006

Telah diuji pada  
Hari : Selasa  
Tanggal : 11 Juni 2019


Dan dinyatakan lulus oleh :  
Penguji I

  
dr. Harun Al Rasyid, M.PH  
NIP. 197808162005011003

Pembimbing-I/Penguji-II,

  
Dr. Nurul Muslihah, M.Kes  
NIP. 197401262008012002

Pembimbing-II/ Penguji-III,

  
Intan Yusuf Habibie, S.Gz., M.Sc  
NIK. 2016118902131001

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Ilmu Gizi,

  
Dr. Nurul Muslihah, M.Kes  
NIP. 197401262008012002

repository.ub.ac.id

## DETERMINAN KEJADIAN *STUNTING* PADA ANAK USIA 6 - 23 BULAN DI KABUPATEN TIMOR TENGAH SELATAN

Selfiana Mercy Selan, Nurul Muslihah, Intan Yusuf Habibie

Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya

### ABSTRAK

*Stunting* adalah suatu keadaan yang menggambarkan kekurangan gizi masa lampau. *Stunting* terjadi karena banyak faktor misalnya dari aspek ibu, aspek anak, aspek keluarga dan aspek pemberian MP-ASI. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan kejadian *stunting* pada aspek anak, aspek ibu, aspek keluarga dan aspek pemberian MP-ASI. Rancangan penelitian ini adalah case control dengan jumlah responden 34 anak pada kelompok kasus dan 34 anak pada kelompok kontrol.. Data panjang badan, tinggi badan ibu diambil menggunakan pengukuran antropometri sedangkan data ASI Eksklusif, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, umur ibu saat hamil, jumlah anggota keluarga, usia anak diberi Makanan Pendamping ASI pertama, jenis Makanan Pendamping ASI yang diberikan pertama diperoleh melalui wawancara menggunakan kuesioner. Analisis *chi square* untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan kejadian *stunting* sedangkan analisis *regresi logistik* untuk mengetahui determinan kejadian *stunting*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan berat badan lahir rendah dan jumlah anggota keluarga ( $p < 0,05$ ) dengan kejadian *stunting*. Determinan kejadian *stunting* adalah berat badan lahir rendah (OR=4.845) dan jumlah anggota keluarga (OR=4.140). Perlu adanya program penanganan yang difokuskan pada kesehatan ibu dan anak untuk mengurangi BBLR dan peningkatan promosi program Keluarga Berencana.

Kata Kunci: *Stunting*, Usia 6-23 bulan, Determinan



## ABSTRACT

Selan,SM. Determinant of Stunting in Children's age 6-23 Month In South Middle Timor District , Final Assignment, Departement of Nutrition, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) Dr. Nurul Muslihah, M.Kes (2) Intan Yusuf Habibie,S.Gz.,M.Sc

*Stunting is a condition that describes past malnutrition. Stunting occurs because of many factors such as from the mother, child, family and history of giving complementray feeding aspects. This study aims to determine the determinant of stunting from a the child, mother, family and history of giving complementary feeding aspects. This study was an observational analytic study with a case control study design with sample of 34 children for the case group and 34 children for the control group. Childrens body length and mother height data were taken using anthropometric measurements while the data of Exclusive breasfeeding and mother's education, mother's work, mother's age at pregnancy, the number of family members, age of giving the first complementary feeding, type the first complementary feeding which given were obtained through interviews using a questionnaire. Chi square analysis is use to determine the relationship between independent variabel and the incidence of stunting while logistic regression analysis was used to determine the determinant for the incidence of stunting. The results showed that there was a relationship between low birth weight and number of family members ( $p < 0.05$ ) with the incidence of stunting. The determinant of stunting were low birth weight (OR = 4,845) and number of family members (OR = 4,140). There needs to be a treatment program focused on maternal and child health to reduce low birth weight and increase the promotion of family planning programs.*

**Keywords:** Stunting, Age 6-23 months, Determinant



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Salah satu indikator kemajuan suatu bangsa adalah kesehatan yang baik. Indikator kesehatan dapat dilihat dari status gizi balita. Bangsa Indonesia masih mengalami masalah gizi yang kompleks, salah satunya adalah *stunting*. *Stunting* mencerminkan kekurangan gizi kronis selama periode pertumbuhan dan perkembangan paling kritis di awal kehidupan. *Stunting* didefinisikan sebagai presentasi anak-anak berusia 0-59 bulan yang tingginya di bawah – 2 standar deviasi (*stunting* sedang) dan di bawah – 3 standar deviasi (*stunting* berat) dari median standar pertumbuhan anak WHO (UNICEF, 2013).

WHO melaporkan bahwa pada tahun 2010 ada sekitar 162 juta anak di dunia yang menderita *stunting* (WHO, 2010). Menurut UNICEF, lebih dari seperempat (26 persen) anak di bawah usia 5 tahun mengalami pendek/*stunting* pada tahun 2011 atau sekitar 165 juta anak di seluruh dunia (UNICEF, 2013). Di Indonesia, hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013, sebanyak 37,2 % balita mengalami *stunting*, di mana 19,2 % anak pendek dan 18,0 % anak sangat pendek. Terjadi peningkatan *stunting* yaitu 35,6 % pada tahun 2010 menjadi 51,7 % pada tahun 2013 di propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) yang merupakan daerah dengan *stunting* tertinggi di Indonesia. Prevalensi *stunting* di Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) berdasarkan PSG tahun 2017 di atas prevalensi nasional yaitu 53,5 % di mana mengalami peningkatan sebanyak 7,1 % dari tahun 2015. Angka tersebut dianggap merupakan masalah *stunting* tinggi (> 40 %) bila dibandingkan dengan indikator masalah kesehatan masyarakat prevalensi *stunting* (WHO, 2010).

Akibat dari *stunting* tidak dirasakan oleh individu yang menderita saja tetapi juga oleh keluarga dan bahkan berdampak bagi pembangunan suatu bangsa. *Stunting* bisa menghambat perkembangan anak yang berdampak terjadi penurunan intelektual, menurunkan produktifitas hingga menyebabkan kemiskinan (Nimah dkk, 2015 ; Oktarina dkk, 2013). Studi kohort yang dilakukan Martorell *et al* (2010), menunjukkan kejadian *stunting* dalam 2 tahun pertama kehidupan memiliki hubungan terhadap keterlambatan kognitif di masa kanak-kanak. Studi kohort lain yang dilakukan di Jamaica, menunjukkan bahwa anak yang *stunting* memiliki tingkat kecerdasan yang rendah serta skor lebih rendah pada fungsi motorik (Chang *et al*, 2010).

Penelitian yang dilakukan di Bali, Jawa Barat dan Nusa Tenggara Timur menyatakan bahwa BBLR, tinggi badan ibu < 150 cm, sanitasi kurang baik dan pemberian makanan prelakteal merupakan faktor resiko terjadinya *stunting* pada anak berusia 0-23 bulan (Nadiyah dkk, 2014). Faktor penyebab *stunting* secara langsung adalah asupan makan dan penyakit, sedangkan faktor penyebab tidak langsung adalah akses makanan, pola asuh dan pola makan, lingkungan dan sistem pelayanan kesehatan. Akar penyebab dari semua adalah sosial budaya, sistem ekonomi, sistem politik (UNICEF, 2013). Temuan-temuan para peneliti menunjukkan *stunting* merupakan masalah yang harus diatasi lebih mendalam dan perlu dilakukan kajian lebih spesifik sehingga mengetahui akar permasalahan dan dapat dilakukan intervensi dengan tepat.

Dari data dan beberapa temuan para peneliti di atas serta belum ada yang menganalisa determinan kejadian *stunting* di Kabupaten TTS maka penulis tertarik untuk meneliti determinan kejadian *stunting* pada anak berusia 6-23 bulan di Kabupaten TTS.

## 1.2 Rumusan Masalah

Apa determinan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui determinan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui determinan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Kabupaten TTS dari aspek anak (berat badan lahir anak, riwayat pemberian ASI Eksklusif).
2. Mengetahui determinan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Kabupaten TTS dari aspek ibu (usia ibu saat hamil, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, tinggi badan ibu).
3. Mengetahui determinan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Kabupaten TTS dari aspek praktek pemberian MP-ASI (usia pemberian MP-ASI dan jenis MP-ASI pertama).
4. Mengetahui determinan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Kabupaten TTS dari aspek keluarga (jumlah anggota keluarga).

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan menambah wawasan dan ilmu di bidang penelitian kesehatan masyarakat dan sebagai bahan penelitian lanjutan oleh peneliti lain dalam topik yang sama.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi untuk pengambil kebijakan terkait masalah *stunting* pada balita oleh Dinas Kesehatan dan lintas sektor.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 *Stunting*

##### 2.1.1 Definisi *Stunting*

Status gizi merupakan ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa dkk, 2014). Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi (Almatsier, 2009). Masalah gizi anak secara garis besar merupakan dampak dari ketidakseimbangan antara asupan dan keluaran zat gizi (*nutritional imbalance*) yaitu asupan yang melebihi keluaran atau sebaliknya, di samping kesalahan dalam memilih bahan makanan untuk disantap (Arisman, 2010).

*Stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi di bawah lima tahun) akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir akan tetapi kondisi baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun (TNP2K, 2017).

Balita pendek adalah balita dengan status gizi yang berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umurnya bila dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) tahun 2005. Masalah balita pendek menggambarkan adanya masalah gizi kronis, dipengaruhi dari kondisi ibu/calon ibu, masa janin dan masa bayi/balita termasuk penyakit yang diderita selama masa balita (Kemenkes RI, 2016).

Pendek (*stunting*) ditunjukkan dengan indikator status gizi berdasarkan indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) mengindikasikan masalah gizi kronis

karena diakibatkan oleh keadaan yang berlangsung lama. Kondisi tersebut bisa terjadi karena berbagai hal, diantaranya kurangnya asupan makanan karena status ekonomi yang rendah, perilaku hidup yang tidak sehat, dan pola asuh berupa pemberian makan yang tidak tepat dalam kurun waktu yang lama sehingga mengakibatkan anak menjadi pendek (Wirawan dkk, 2017).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada Indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek).

Presentase balita pendek di Indonesia masih tinggi dan merupakan masalah kesehatan yang harus ditanggulangi. Berdasarkan Riskesdas tahun 2013, angka *stunting* di Indonesia adalah 37,2 % (18 % pendek dan 19,2 % sangat pendek). Di negara ASEAN, prevalensi *stunting* Indonesia paling tinggi. Indonesia termasuk 17 negara yang mempunyai tiga masalah gizi yaitu *stunting*, *wasting* dan *overweight* di antara 117 negara (Global Nutrition Report, 2014). UNICEF Global Nutrition Database 2012 menunjukkan Indonesia termasuk dalam 14 negara dengan jumlah balita *stunting* terbanyak di dunia.

Indikator Kesehatan Masyarakat gizi kurang (*undernutrition*) yaitu *underweight*, *stunting* dan *wasting* ditunjukkan pada tabel 2.1. Prevalensi balita pendek menjadi masalah kesehatan masyarakat jika prevalensi 20 % atau lebih.

Tabel 2.1 Indikator Kesehatan Masyarakat dari Gizi Kurang Balita

Indikator	Kategori Prevalensi			
	Rendah	Sedang	Tinggi	Sangat Tinggi
<i>Underweight</i>	< 10 %	10-19 %	20-29 %	≥ 30 %
<i>Stunting</i>	< 20 %	20-29 %	30-39 %	≥ 40 %
<i>Wasting</i>	< 5 %	5-9 %	10-14 %	≥ 15

Sumber: WHO (1995) dalam Nutrition Landscape Information System, 2010

*Stunting* memiliki efek jangka panjang pada individu dan masyarakat termasuk perkembangan kognitif dan fisik, mengurangi kapasitas produktif dan kesehatan yang buruk dan peningkatan risiko penyakit degeneratif seperti diabetes. *Stunting* sebelum usia 2 tahun menghasilkan kognitif dan pendidikan yang buruk di masa kecil dan remaja. Penelitian di Guatemala pada orang dewasa yang pendek memiliki masa anak-anak di rumah tangga yang lebih rendah pengeluaran dan kemungkinan hidup dalam kemiskinan. *Stunting* dapat menurunkan produktifitas dan pertumbuhan ekonomi. Para ekonom memperkirakan *stunting* dapat mengurangi GDP (*Gross Domestic Product*) hingga 3 % (WHO, 2014).

### 2.1.2 Penilaian Antropometri *Stunting*

Penilaian status gizi yang paling sering digunakan adalah dengan pengukuran antropometri. Antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain : berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas dan tebal lemak di bawah kulit (Supariasa dkk, 2014). Jenis ukuran antropometri yang dipakai untuk menilai status *stunting* adalah :

#### a. Umur

Umur adalah suatu angka yang mewakili lamanya kehidupan seseorang. Faktor umur sangat penting dalam penentuan status gizi. Kesalahan



penentuan umur akan menyebabkan kesalahan interpretasi status gizi. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat menjadi tidak berarti jika tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat (Supriasa dkk, 2014). Umur anak perlu diketahui secara pasti. Terdapat beberapa cara untuk menentukan umur anak, misalnya memakai kalkulator umur, menghitung selisih antara tanggal lahir dan tanggal kunjungan. Jika ibu tidak tahu pasti kapan anak dilahirkan, perkiraan umur anak dengan menghubungkan dengan peristiwa penting seperti bulan puasa, lebaran, natal atau hari kemerdekaan. Umur anak dihitung berdasarkan bulan penuh artinya umur dihitung 1 bulan apabila telah genap 30 hari (Depkes RI dan WHO, 2008).

Contoh :

- Umur 25 hari = 0 bulan
- Umur 5 bulan 14 hari = 5 bulan
- Umur 5 bulan 29 hari = 5 bulan

b. Panjang Badan

Panjang badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan yang telah lalu dan keadaan sekarang, jika umur tidak diketahui. Mengukur panjang atau tinggi anak tergantung dari umur dan kemampuan anak untuk berdiri. Mengukur panjang dilakukan dengan cara anak berbaring (telentang), sedangkan mengukur tinggi anak berdiri tegak. Anak berumur kurang dari 2 tahun, pengukuran dilakukan dengan berbaring telentang sedangkan anak berusia 2 tahun atau lebih dan anak sudah mampu berdiri, pengukuran dilakukan dengan berdiri. Penting untuk mengoreksi hasil bila pengukuran tidak dilakukan dengan cara yang sesuai untuk kelompok umur.



- Jika seorang anak berumur kurang dari 2 tahun diukur tingginya (berdiri) maka ditambahkan 0,7 cm untuk mengkonversi menjadi panjang badan.
- Jika seorang anak berumur 2 tahun atau lebih dan diukur panjangnya (berbaring) maka dikurangi 0,7 cm untuk mengkonversi menjadi tinggi badan.

Peralatan yang diperlukan untuk mengukur panjang badan adalah papan ukur panjang badan sedangkan untuk mengukur tinggi badan menggunakan *microtoice* (Depkes RI dan WHO, 2008).

Langkah-langkah mengukur panjang badan anak menggunakan papan ukur panjang badan (Depkes RI dan WHO, 2008) :

Persiapan papan ukur panjang badan

- Pilih meja atau tempat yang datar dan rata. Siapkan alat ukur panjang badan.
- Lepaskan kunci pengait yang berada di samping papan pengukur.
- Tarik meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala dan pastikan meteran menunjuk angka nol dengan mengatur skrup skala yang ada di bagian kaki balita.
- Buka papan hingga posisinya memanjang dan datar.
- Tarik meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala dan pastikan meteran menunjuk angka nol.
- Geser kembali papan penggeser pada tempatnya.

Cara mengukur panjang badan :

- Terlentangkan anak di atas papan pengukur dengan posisi kepala menempel pada bagian papan yang datar dan tegak lurus (papan yang tidak dapat bergerak)

- Pastikan bagian puncak kepala menempel pada bagian papan yang statis.
- Posisikan bagian belakang kepala, punggung, pantat dan tumit menempel secara tepat pada papan pengukur.
- Geser bagian papan yang bergerak sampai seluruh bagian kedua telapak kaki menempel pada bagian papan yang dapat digeser (dengan cara menekan bagian lutut dan mata kaki).
- Baca dan catat panjang badan anak dari angka kecil ke angka besar.

### 2.1.3 Indeks Antropometri

Parameter antropometri merupakan dasar penilaian status gizi. Kombinasi antara beberapa parameter antropometri disebut Indeks Antropometri. Indeks antropometri antara lain : berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) (Supariasa dkk, 2014).

Indeks antropometri yang digunakan untuk mengetahui balita *stunting* atau tidak *stunting* adalah 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. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan tampak dalam waktu yang relatif lama. Beaton dan Bengoa dalam Supariasa dkk (2014) menyatakan bahwa indeks TB/U selain memberikan gambaran status gizi masa lampau juga berkaitan sangat erat dengan status sosial ekonomi.

Indeks antropometri dan ambang batas status gizi berdasarkan tinggi badan menurut umur ditunjukkan pada tabel 2.2. *Stunting* merupakan padanan pendek (- 3 SD sampai dengan - 2 SD) dan sangat pendek (< - 3 SD).

**Tabel 2. 2 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks TB/U**

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (z-score)
Panjang badan menurut umur (PB/U) atau Tinggi badan menurut umur (TB/U)	Sangat pendek	< - 3 SD
	Pendek	- 3 SD sampai dengan - 2 SD
	Normal	- 2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	≥ 3 SD

Sumber : Kemenkes, 2011

#### 2.1.4 Faktor Penyebab *Stunting*

Faktor-faktor penyebab *stunting* termasuk kesehatan dan gizi ibu yang buruk, praktek pemberian makan bayi dan anak yang tidak memadai dan infeksi. Status gizi dan kesehatan ibu sebelum, selama dan setelah kehamilan memengaruhi pertumbuhan seorang anak, kekurangan gizi pada ibu menyumbang 20 % *stunting* pada anak. Faktor lain dari ibu adalah ibu yang pendek, jarak kelahiran pendek dan kehamilan remaja yang mengganggu ketersediaan nutrisi ke janin (WHO, 2014).

WHO (2014) menyebutkan faktor-faktor yang dapat menimbulkan *stunting* sebagai berikut :

- Pemberian makan bayi dan anak yang tidak optimal berkontribusi terhadap *stunting*. Termasuk menyusui tidak eksklusif dan makanan pendamping ASI terbatas dalam jumlah, kualitas dan variasi.
- Penyakit menular yang berat menyebabkan *wasting* yang mungkin memiliki konsekuensi jangka panjang untuk pertumbuhan linier, tergantung tingkat keparahan, durasi kekambuhan terutama jika tidak ada cukup makanan untuk mendukung pemulihan.

- Infeksi subklinis akibat paparan lingkungan yang terkontaminasi dan kebersihan yang buruk berhubungan dengan *stunting*, karena malabsorpsi dan kemampuan usus berkurang.
- Kemiskinan, pola asuh yang tidak baik, praktek pemberian makan yang tidak responsif, kerawanan pangan.

*Stunting* disebabkan oleh multi faktor, tidak hanya disebabkan faktor gizi yang dialami ibu hamil dan anak balita. Menurut TNP2K (2017), faktor-faktor yang menjadi penyebab *stunting* yaitu :

- a. Praktek pengasuhan yang kurang baik termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta dan informasi menunjukkan bahwa 60 % dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan/mulai diperkenalkan ketika balita berusia di atas 6 bulan.
- b. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan *ANC-Ante Natal Care* (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) *Post Natal Care* dan pembelajaran dini yang berkualitas.
- c. Masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi. Hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal.
- d. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi.

Stewart *et al* (2013) membagi penyebab *stunting* pada anak menjadi 4 faktor yaitu :

- a. Faktor rumah tangga dan keluarga dibagi menjadi faktor ibu dan faktor lingkungan rumah. Faktor ibu meliputi status gizi kurang selama prekonsepsi,

kehamilan, laktasi, tinggi badan ibu yang pendek, infeksi, kehamilan pada usia remaja, kesehatan jiwa, BBLR dan kelahiran prematur, jarak kelahiran pendek dan hipertensi. Sedangkan faktor lingkungan rumah meliputi aktifitas dan stimulasi anak kurang, pengasuhan/perawatan anak kurang, sanitasi dan suplai air tidak cukup, rawan pangan, alokasi makanan dalam rumah tangga tidak tepat dan pendidikan pengasuh rendah.

- b. Faktor makanan pendamping ASI dibagi menjadi tiga yaitu kualitas makanan rendah, praktik pemberian MP-ASI kurang dan keamanan makanan dan air. Faktor kualitas makanan rendah meliputi kualitas zat gizi mikro rendah, keragaman makanan dan asupan makanan hewani rendah, makanan tidak mengandung zat gizi, kandungan energi dari MP-ASI rendah. Faktor praktik pemberian MP-ASI yang kurang meliputi frekuensi makan kurang, makan tidak cukup selama dan setelah sakit, konsistensi makanan terlalu encer, makan dengan kuantitas yang tidak cukup dan pemberian makanan tidak responsif. Sedangkan faktor keamanan makanan dan air meliputi makanan dan air yang terkontaminasi, praktik higienes yang rendah serta persiapan dan penyimpanan makanan tidak aman.
- c. Faktor pemberian ASI yang salah meliputi inisiasi yang terlambat, tidak memberikan ASI secara eksklusif dan penyapihan dini.
- d. Faktor infeksi seperti diare, *environmental enteropathy*, infeksi cacing, infeksi pernapasan, malaria, nafsu makan berkurang akibat infeksi dan inflamasi.

Hasil penelitian Cruz *et al* (2017) menunjukkan bahwa berat badan lahir, status pendidikan ibu, pekerjaan ibu, tinggal di daerah pedesaan, jumlah anggota keluarga, jumlah anak di bawah usia lima tahun di rumah tangga, memasak dengan arang, menghuni rumah kayu atau jerami atau perumahan tanpa lantai

yang layak, durasi menyusui secara keseluruhan serta durasi pemberian ASI eksklusif dan waktu pemberian makanan pelengkap berhubungan dengan *stunting*.

#### 2.1.4.1 Faktor Anak

Berat badan lahir rendah berdasarkan WHO yaitu berat lahir yang kurang dari 2500 gram. Anak yang mengalami *stunting* berhubungan dengan riwayat BBLR. Penelitian Rahayu dkk (2015) menunjukkan anak baduta yang memiliki riwayat BBLR berpeluang 5,87 kali lebih tinggi untuk mengalami *stunting*. Dampak dari bayi yang memiliki berat lahir rendah akan berlangsung dari generasi ke generasi, anak dengan BBLR akan memiliki ukuran antropometri yang kurang pada perkembangannya. Salah satu faktor resiko kejadian *stunting* pada anak balita adalah riwayat berat badan lahir rendah. Akibatnya pertumbuhan balita akan terganggu, bila keadaan ini berlanjut dengan pemberian makanan yang tidak adekuat maka sering mengalami infeksi dan bila tidak mendapat perawatan kesehatan dengan baik maka menyebabkan *stunting* pada anak balita (Nasution dkk, 2014).

Menyusui eksklusif adalah tidak memberi bayi makanan atau minuman lain termasuk air putih, selain menyusui (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes, ASI perah juga diperbolehkan) (Kemenkes RI, 2014). ASI berguna untuk daya tahan tubuh terhadap infeksi karena kolostrum dalam ASI mengandung imunoglobulin sebagai antibodi. Kolostrum merupakan ASI yang keluar pada beberapa hari setelah melahirkan berwarna bening atau putih kekuningan. Mitos yang beredar di masyarakat, ASI pertama keluar adalah ASI basi yang harus dibuang (Nur dan Marisa, 2014). Resiko *stunting* sebanyak 3,7 kali lebih tinggi pada balita yang tidak diberi ASI eksklusif dibandingkan dengan

balita yang diberi ASI eksklusif (Hien dan Kam, 2008). Pemberian ASI eksklusif dikaitkan dengan pertumbuhan bayi yang lebih baik di bawah 6 bulan dan harus dipromosikan lebih lanjut sebagai faktor dalam mengurangi *stunting*. Anak yang tidak mendapat kolostrum lebih beresiko terhadap *stunting* karena kolostrum dapat memberikan perlindungan pada bayi baru lahir terhadap penyakit seperti diare yang berkontribusi terhadap kekurangan gizi (Teshome, 2009).

#### **2.1.4.2 Faktor Keluarga**

Kategori keluarga menurut BKKBN (1998) dalam Dalimunthe (2015), keluarga dengan anggota kurang dari 4 orang termasuk kategori keluarga kecil sedangkan keluarga dengan anggota lebih dari 4 orang dikategorikan sebagai keluarga besar. Yang termasuk anggota keluarga menurut Mantra dalam Adiana dan Karmini (2012) adalah seluruh anggota keluarga rumah tangga yang tinggal dan makan dari satu dapur, di mana pengurusan kebutuhan sehari-hari dikelola bersama-sama menjadi satu. Jumlah anggota keluarga dan banyaknya balita dalam keluarga akan berpengaruh terhadap tingkat konsumsi makanan yaitu jumlah dan distribusi makanan dalam rumah tangga. Di mana bila jumlah anggota keluarga besar, maka akan semakin kecil distribusi ke masing-masing anggota keluarga. Selain itu, anak pada keluarga yang besar cenderung memiliki perhatian dan perawatan yang kurang (Ibrahim dan Faramita, 2014). Penelitian oleh Bunaen dkk (2013) mendapatkan ada hubungan antara jumlah tanggungan keluarga dan status gizi murid Taman Kanak-kanak GMIM Koha.



#### 2.1.4.3 Faktor Praktek Pemberian MP-ASI

*Responsive feeding* adalah kemampuan pengasuh untuk memberi makan anak secara aktif dan responsif termasuk di dalamnya cara pemberian makan sesuai umur, mendorong anak untuk makan, berespon terhadap nafsu makan yang kurang, memberi makan di lingkungan yang aman, dan menggunakan interaksi yang positif. Perilaku pemberian makanan balita yang tepat tidak hanya melihat jenis makanan yang diberikan tetapi juga meliputi cara, tempat dan waktu pemberian makan serta orang yang menyuapi, atau dikenal dengan konsep *responsive feeding*. Perilaku *responsive feeding* termasuk di dalam perilaku kesehatan pengasuh khususnya yang berkaitan dengan pemberian makan balita. Pemberian makan sesuai umur sangat penting karena kemampuan oromotor dan motorik umum anak sedang berkembang, khususnya anak dibawah usia 2 tahun. Hal ini mempengaruhi keterampilan makan dan juga peningkatan kebutuhan nutrisi anak (Febriani dan Nur, 2016)

Menurut WHO dalam MP-ASI adalah makanan atau minuman selain ASI penyapihan (*complementary feeding*) yaitu pada saat makanan/minuman lain diberikan bersama pemberian ASI. Pengenalan jenis, tekstur dan konsistensi makanan, frekuensi dan jumlah secara bertahap. Tujuan pemberian MP-ASI adalah memenuhi kebutuhan gizi bayi, mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima berbagai macam makanan dengan berbagai rasa dan tekstur yang pada akhirnya mampu menerima makanan keluarga, mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan (ketrampilan oromotor) (AsDI, IDAI, PERSAGI, 2015). Usia pemberian MP-ASI dimulai pada saat bayi memasuki usia 6 bulan, pemberian MP-ASI juga masih harus disertai dengan pemberian ASI kepada bayi (Loya dan Nuryanto, 2017). Usia makan pertama



merupakan faktor resiko *stunting* balita usia 12 bulan. Pemberian MP-ASI dini meningkatkan resiko penyakit infeksi seperti diare karena MP-ASI yang diberikan tidak sebersih dan mudah dicerna seperti ASI (Meilyasari, 2014).

Tekstur, frekuensi dan jumlah makanan pada anak usia 6-23 bulan diberikan bertahap. Pada usia 6-8 bulan, tekstur makanan yang diberikan bubur halus dilanjutkan makanan cincang pada usia 9-11 bulan dan makanan keluarga pada usia 12-23 bulan. Frekuensi makan pada usia 6-8 bulan adalah 2-3x/hari, pada usia 9-23 bulan meningkat menjadi 3-4x/hari. Sedangkan jumlah makanan yang diberikan pada usia 6-8 bulan adalah 2-3 sendok makan/kali makan selanjutnya pada usia 9-11 bulan meningkat menjadi  $\frac{1}{2}$  sampai  $\frac{3}{4}$  mangkok dan pada usia 12-23 bulan diberikan  $\frac{3}{4}$  sampai 1 mangkok. Pedoman pemberian makan mulai dari tekstur, frekuensi dan jumlah setiap kali makan sesuai golongan umur ditunjukkan pada tabel 2.3.

**Tabel 2.3 Pedoman pemberian makan pada bayi/anak usia 6-23 bulan yang mendapat ASI**

Umur	Tekstur	Frekuensi	Jumlah rata-rata/kali makan
6-8 bulan	Mulai dengan bubur halus, lembut, cukup kental dilanjutkan bertahap menjadi lebih kasar.	2-3x/hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2x selingan.	Mulai dengan 2-3 sdm/kali ditingkatkan bertahap sampai ½ mangkok/1/2 gelas air mineral kemasan (=125 ml)
9-11 bulan	Makanan yang dicincang halus atau disaring kasar, ditingkatkan semakin kasar sampai makanan bisa dipegang/diambil dengan tangan	3-4x/hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2x selingan.	½ sampai ¾ mangkok (=125-175 ml) Waktu makan tidak lebih dari 30 menit.
12-23 bulan	Makanan keluarga, bila perlu masih dicincang atau disaring kasar.	3-4x/hari, ASI tetap diberikan. Tergantung nafsu makannya, dapat diberikan 1-2x selingan.	¾ sampai 1 mangkok (175-250 ml). Waktu makan tidak lebih dari 30 menit.

**Sumber :** WHO, 2009

Jenis asupan makanan yang tidak beragam berdampak pada rendahnya kualitas pemenuhan zat gizi yang diperlukan tubuh balita dalam proses tumbuh kembangnya (Loya dan Nuryanto, 2017). Adanya gangguan pertumbuhan linier pada balita dikarenakan kualitas dan kuantitas MP-ASI yang rendah. Praktek pemberian makan yang tidak tepat adalah resiko utama kekurangan gizi pada anak balita di Ethiopia (Teshome, 2009).

ASI hanya memenuhi kebutuhan energi sekitar 65-80 % dan sangat sedikit mengandung mikronutien. Karena itu kebutuhan energi dan mikronutrien terutama zat besi dan seng harus didapat dari MP-ASI (AsDI, IDAI, PERSAGI, 2015). Pemberian MP-ASI yang kurang dari kualitas dan kuantitas akan menyebabkan kurangnya asupan energi, protein, zat gizi mikro. Protein menghasilkan dorongan anabolik yang sebagian besar terikat dengan sistem endokrin pada pertumbuhan tulang, melalui peregangan pasif dan megaktifkan otot rangka. Sehingga apabila kekurangan asupan protein maka proses pertumbuhan tulang akan terganggu dan meyebabkan *stunting*. Besi berperan

dalam reaksi oksidasi dan reduksi dalam tubuh serta mengikat protein dan untuk sistem imunitas dan fungsi kognitif sehingga kekurangan asupan besi berpengaruh pada imunitas humoral dan seluler (Nurkomala dkk, 2018).

Seng merupakan mineral yang terdapat di dalam struktur kristalin dan enzim tulang. Komponen seng yang dapat menstimulasi pembentukan tulang secara intensif dan menyimpan kembali tulang yang hilang adalah Beta-alanin-histidin(*carsinone*). Asupan mineral yang rendah pada anak dapat mengakibatkan anak mudah terinfeksi, mengalami gangguan kognitif dan gangguan pertumbuhan sehingga mengakibatkan anak *stunting* (Nurkomala dkk, 2018).

#### **2.1.4.4 Faktor Ibu**

Ibu adalah pengasuh utama anak sangat diperlukan perannya mulai dari pembelian hingga penyajian makanan. Jika pendidikan dan pengetahuan ibu rendah maka ibu tidak mampu memilih hingga menyajikan makanan untuk keluarga yang bergizi (Rahayu dan Khairiyati, 2014). Penelitian di Meksiko menyatakan bahwa pendidikan ibu sangat penting dalam hubungannya dengan pengetahuan gizi dan pemenuhan gizi keluarga khususnya anak, karena ibu yang pendidikan rendah akan sulit menyerap informasi tentang gizi sehingga anak beresiko mengalami *stunting* (Leroy *et al*, 2016). Usia reproduksi perempuan adalah 20-35 tahun. Pada usia < 20 tahun, organ reproduksi belum berfungsi sempurna dan > 35 tahun terjadi penurunan reproduksi. Penelitian oleh Irwansyah dkk (2016), usia kehamilan kurang dari 20 tahun memiliki resiko 2,62 kali melahirkan anak *stunting*. Penelitian lain oleh Fajrina (2016) juga menyebutkan usia kehamilan < 20 tahun dan > 35 tahun beresiko 4,08 kali melahirkan anak *stunting*.

Hanum dkk (2014) menyebutkan bahwa orang tua yang pendek karena gen dalam kromosom yang membawa sifat pendek kemungkinan besar akan menurunkan sifat pendek kepada anaknya. Apabila sifat pendek orang tua disebabkan masalah gizi maupun patologis maka sifat pendek tersebut tidak akan diturunkan kepada anaknya.

Faktor resiko *stunting* dari ibu yaitu pendidikan dan pekerjaan ibu juga tinggi badan ibu dan pengetahuan ibu berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita (Agustiningrum, 2016). Seorang ibu yang bekerja akan mempunyai waktu yang tidak banyak untuk mengurus anak dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja, sehingga akan berpengaruh pada status gizi anak (Khasanah dan Sulistyawati, 2018).

## 2.2 Gizi Baduta

Pada usia 2 tahun, anak-anak memiliki kerangka tubuh berupa tulang rawan sehingga pemberian masukan gizi berupa vitamin dan mineral akan mempercepat pertumbuhan tulang (osifikasi). Anak usia 2 tahun juga sudah mampu untuk berjalan dan melakukan semua gerakan tubuh yang dilakukan oleh otot. Hal ini terjadi karena ribuan serabut otot yang semakin membesar dan terus bekerja. Artinya otot membutuhkan zat-zat dari asupan makanan yang diberikan pada anak (Kemenkes, 2016). Anak yang berusia 1-3 tahun akan mengalami penambahan berat sebanyak 2-2,5 kg dan tinggi rata-rata sebesar 12 cm setahun (tahun kedua 12 cm, ketiga 8-9 cm) (Arisman, 2008).

Kebutuhan energi dan protein pada bayi dan anak per kg BB lebih besar dari pada kebutuhan energi dan protein orang dewasa karena anak tumbuh dan berkembang. Kebutuhan energi dan protein per kg BB per hari menurun seiring dengan bertambahnya umur sedangkan kebutuhan zat gizi mikro semakin

meningkat sesuai dengan umur. Kebutuhan zat gizi dipengaruhi oleh berbagai keadaan seperti status gizi, status pertumbuhan, aktivitas dan ada tidaknya penyakit (AsDI, IDAI, PERSAGI, 2015).

Kebutuhan energi dan protein anak baduta meningkat seiring bertambahnya umur. Angka kecukupan energi dan protein yang dianjurkan anak baduta per hari ditunjukkan pada tabel 2.4.

**Tabel 2.4 Angka Kecukupan Energi dan Protein yang Dianjurkan untuk Bayi dan Anak (per orang/hari)**

Umur	BB (kg)*	TB (cm)*	Energi (kkal)	Energi (kkal/kg BB)	Protein (gr)	Protein (gr/kg BB)	Faktor Koreksi Protein **
0-6 bulan	6	61	550	91	12	2	1.1
7-11 bulan	9	71	725	80,5	18	2	1.3
1-3 tahun	13	91	1125	86,5	26	2	1.5

Sumber : Permenkes 2013

\*BB dan TB berdasarkan nilai median hasil Riskesdas 2007 dan 2010. Angka ini dicantumkan agar AKG dapat disesuaikan dengan kondisi Berat dan Tinggi Badan kelompok yang dicantumkan.

\*\*Faktor koreksi digunakan bila mutu protein rendah.

Secara umum jadwal pemberian makan anak adalah 3 kali makanan utama (pagi, siang dan malam) dan 2 kali makanan selingan (di antara dua kali makan utama) (AsDI, IDAI, PERSAGI, 2015). Pola hidangan sehari mengikuti pola makanan seimbang yang terdiri dari :

- Sumber zat tenaga, misalnya nasi, roti, bihun, jagung, ubi, singkong, tepung-tepungan, gula dan minyak.
- Sumber zat pembangun, misalnya ikan, telur, ayam, daging, susu, kacang-kacangan, tahu dan tempe.
- Sumber zat pengatur, misalnya sayur dan buah terutama yang berwarna hijau dan kuning.

- Air, mempunyai fungsi penting dalam tubuh antara lain sebagai pelarut, katalisator berbagai reaksi tubuh dan lain-lain.

Pada umur 1-2 tahun anak mulai menunjukkan keinginan mengeksplorasi situasi lingkungannya. Saat inilah anak mulai belajar kebiasaan, ketrampilan, pengetahuan dan sikap terhadap makanan, yang dapat menanamkan dasar-dasar perilaku makan pada masa yang akan datang. Perubahan jenis makanan dan cara makan dari bayi yang semula mengonsumsi ASI/Formula Bayi dan MP-ASI merupakan makanan utama menjadi anak yang harus makan makanan keluarga serta belajar makan dan minum sendiri. Kebutuhan gizi yang tidak terpenuhi dapat mengakibatkan anak tidak dapat tumbuh kembang dengan optimal (AsDI, IDAI, PERSAGI, 2015).

Karakteristik fisik dan sosial/personal anak yang berkaitan dengan makanan :

a. Umur 12-18 bulan

- Menggenggam dan melepaskan makanan dengan jari, memegang sendok tetapi tidak dapat menggunakan dengan benar, memasukan sendok ke mulut tetapi terbalik, menggunakan cangkir untuk minum tetapi berceceran.
- Ingin makanan yang sedang dimakan orang lain.

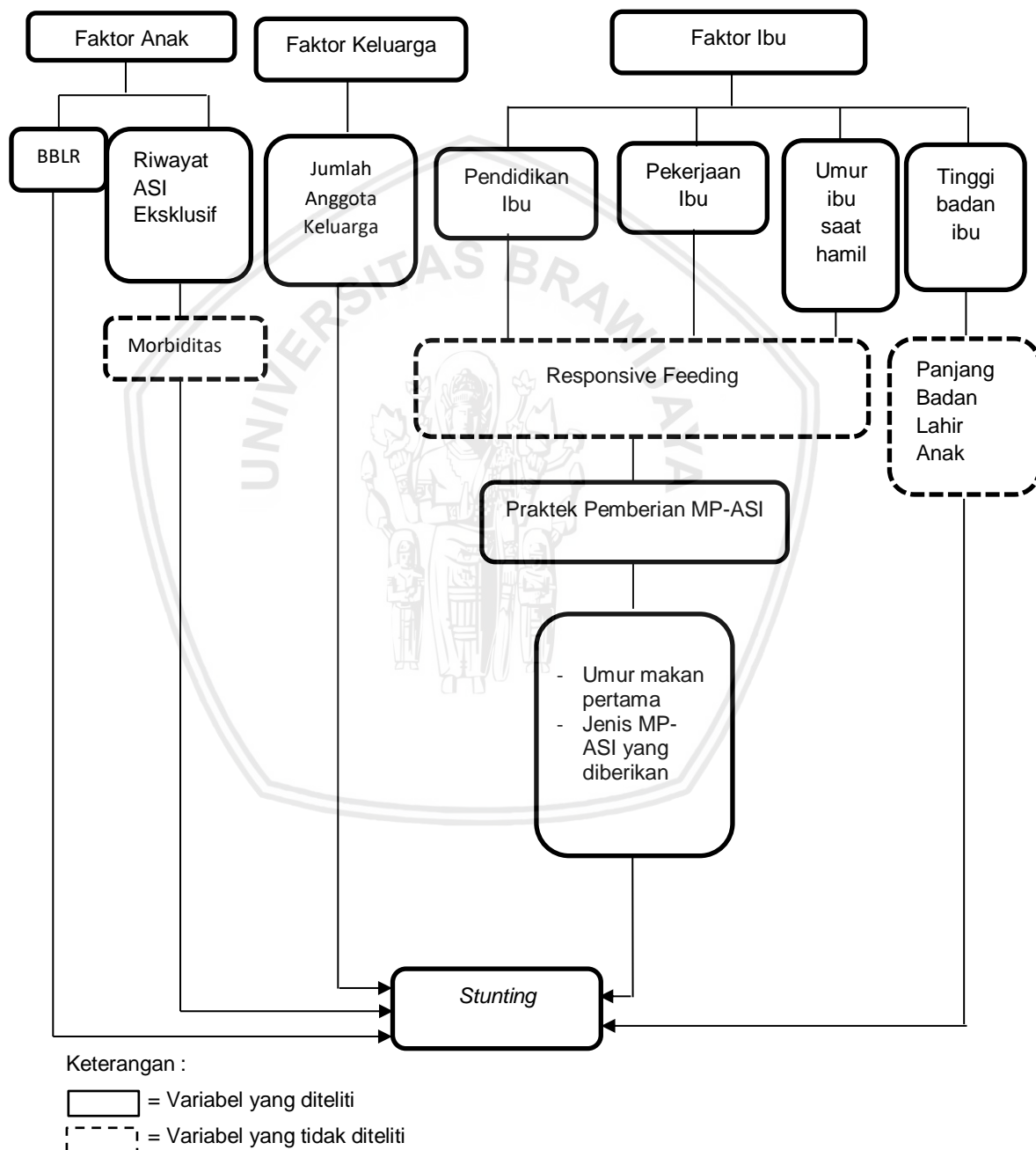
b. Umur 18 bulan - 2 tahun

- Nafsu makan menurun, lebih suka makan dengan tangan, suka bereksperimen dengan berbagai tekstur.
- Persiapan makan menjadi penting, memilih makanan yang disukai, berkembang kebiasaan yang tidak baik, mudah beralih perhatian.

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

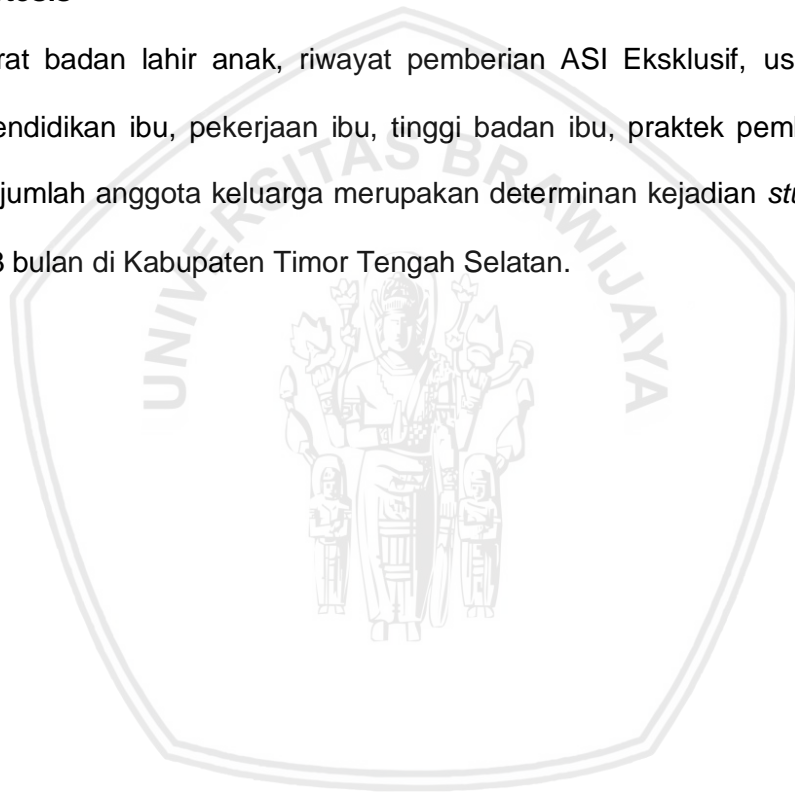




Masalah *stunting* disebabkan oleh multifaktor, namun dalam penelitian ini variabel bebas yang diteliti hanya berat badan lahir, pemberian ASI eksklusif, umur ibu saat hamil, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, tinggi badan ibu, praktek pemberian MP-ASI (usia dan jenis pemberian MP-ASI pertama) dan jumlah anggota keluarga.

### 3.2 Hipotesis

Berat badan lahir anak, riwayat pemberian ASI Eksklusif, usia ibu saat hamil, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, tinggi badan ibu, praktek pemberian MP-ASI dan jumlah anggota keluarga merupakan determinan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan.





## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan rancangan penelitian studi kasus (*case control*). *Case control* adalah rancangan penelitian yang mempelajari hubungan antara pemapar dan penyakit dengan cara membandingkan kelompok kasus dan kelompok kontrol berdasarkan status keterpaparannya. Efek baik berupa penyakit atau status kesehatan tertentu diidentifikasi pada masa kini sedangkan faktor risiko atau kausa diidentifikasi adanya pada masa lalu (Rachmat, 2014). Penelitian ini dilaksanakan di kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) dengan prevalensi *stunting* 53,5 % berdasarkan PSG tahun 2017.

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi Penelitian

- a. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak berusia 6-23 bulan di Kabupaten TTS yaitu 16.395 anak.
- b. Kriteria Inklusi
  1. Anak usia 6-23 bulan yang sudah mengonsumsi MP-ASI.
  2. Kelompok kasus dengan nilai z-score untuk indeks PB/U < - 2 SD.
  3. Kelompok kontrol dengan nilai z-score untuk indeks PB/U - 2 SD sampai dengan 2 SD (normal).
  4. Orang tua bersedia menjadi responden penelitian.
  5. Orang tua memiliki Buku Kesehatan Ibu Anak yang di dalamnya ada pencatatan Kartu Menuju Sehat secara rutin, minimal 3 (tiga) bulan terakhir.

c. Kriteria Eksklusi

1. Terdiagnosa penyakit infeksi kronis seperti Tuberculosis.
2. Dilahirkan di rumah atau bukan fasilitas kesehatan memadai sehingga tidak bisa diketahui berat badan lahirnya.

#### 4.2.2. Besar sampel

Sampel penelitian adalah anak usia 6-23 bulan dengan panjang badan menurut umur  $< - 2$  SD dan sampel kontrol adalah anak usia 6-23 bulan dengan panjang badan menurut umur  $- 2$  SD sampai dengan  $2$  SD. Besar sampel minimal dihitung berdasarkan rumus besar sampel pada kasus kontrol menggunakan aplikasi software sample size versi 2.0 WHO dengan rumus :

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

Keterangan :

$n$  = besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$  = Z score pada  $1 - \alpha/2$  tingkat kepercayaan

$Z_{1-\beta}$  = kekuatan uji

$P_1$  = proporsi pada kelompok beresiko atau kasus

$P_2$  = proporsi pada kelompok kontrol

$P_1 - P_2$  = selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna

dengan  $\alpha = 5\%$

$1 - \beta = 80\%$

OR = 4,00 (Puldel R, Pradhan B, Wagle R.R, Pahari D.P, Onta S.R.

Risk Factors for Stunting Among Children: A Community Based Case Control Study in Nepal. *Kathmandu Uni Med J*, 2012,39(3):18-24)

$$P_1 = 0,68$$

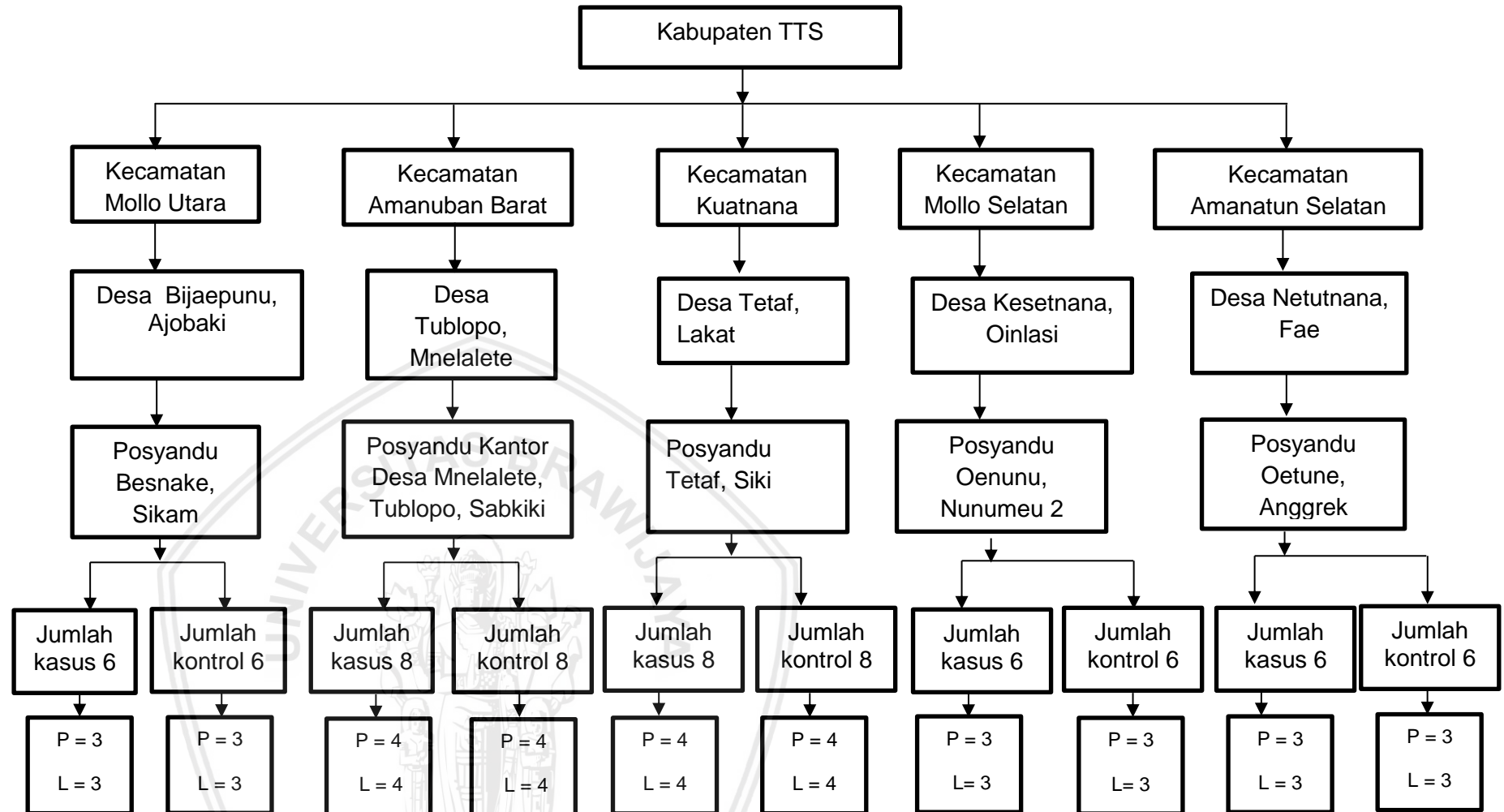
$$P_2 = 0,35$$

Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh sampel masing-masing kelompok sebanyak 32 subyek dengan memperhitungkan drop out 10 % sehingga diperlukan 34 sampel sebagai kasus dan 34 sampel sebagai kontrol.

#### 4.2.3 Teknik Sampling

Pengambilan sampel dalam penelitian dilakukan dengan menggunakan teknik *multistage sampling* yaitu dengan memilih 5 kecamatan dari 32 kecamatan yang mewakili keadaan geografis Kabupaten TTS di mana Kabupaten TTS berada dalam kategori dataran tinggi. Pertama dengan pemilihan kecamatan menggunakan teknik *simple random sampling* menggunakan tabel random. Kecamatan yang terpilih yaitu Kecamatan Mollo Utara, Kecamatan Amanuban Barat, Kecamatan Kuantana, Kecamatan Mollo Selatan dan Kecamatan Amanatun Selatan. Kedua memilih desa dari masing-masing kecamatan yang terpilih menggunakan *purposive sampling* dengan mempertimbangkan ketersediaan data. Dari 5 kecamatan terpilih 10 desa. Kemudian dari desa yang terpilih, dipilih posyandu menggunakan teknik *purposive sampling* dengan mempertimbangkan ketersediaan data. Dari 10 desa terpilih 11 posyandu. Dari posyandu yang terpilih kemudian dipilih subyek dengan menggunakan teknik *purposive sampling* sesuai kriteria inklusi.

Prosedur pengambilan sampel dapat dilihat pada diagram di bawah ini :



Gambar 4.1 Prosedur Pengambilan Sampel

Kesamaan dan kesesuaian dengan matching karakter antara kasus dan kontrol meliputi :

- a. Kesamaan usia (6-23 bulan)
- b. Kesamaan jenis kelamin
- c. Kesamaan tingkat ekonomi yaitu dilihat dari kepemilikan aset rumah tangga (hewan ternak, barang elektronik), keadaan rumah (tekstur lantai dan dinding rumah).

### **4.3 Variabel Penelitian**

#### **4.3.1 Variabel Terikat**

Variabel terikat (*dependent variable*) dalam penelitian ini adalah kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan.

#### **4.3.2 Variabel Bebas**

Variabel bebas (*independent variable*) dalam penelitian ini adalah :

- a. Aspek anak (berat badan lahir anak, praktek pemberian ASI Eksklusif).
- b. Aspek ibu (pendidikan ibu, tinggi badan ibu, pekerjaan ibu, umur ibu saat hamil).
- c. Aspek Praktek pemberian MP- ASI (Umur makan pertama, jenis MP-ASI yang diberikan).
- d. Aspek keluarga (jumlah anggota keluarga).

### **4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian telah dilakukan di wilayah Kabupaten Timor Tengah Selatan pada bulan Desember 2018 sampai dengan Januari 2019.

## **4.5 Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian**

### **4.5.1 Lembar *Ethical Clearance***

*Ethical clearance* adalah suatu keterangan dalam bentuk tertulis yang dikeluarkan oleh Komisi Etik dan ditujukan untuk penelitian yang melibatkan makhluk hidup.

### **4.5.2 *Informed Consent***

*Informed Consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan menjadi responden. Responden telah menandatangani lembar persetujuan berarti responden bersedia menjadi subjek penelitian.

### **4.5.3 Kuesioner Penelitian**

Kuesioner dipakai untuk memperoleh data primer melalui wawancara.

### **4.5.4 *Lengthboard/Infantometer/Microtoice***

Data panjang badan anak diperoleh dengan menggunakan *lengthboard/infantometer* dengan presisi 0,1 cm. Sedangkan data tinggi badan ibu diperoleh dengan menggunakan *microtoice* dengan presisi 0,1 cm.

### **4.5.5 Kamera**

Kamera digunakan untuk mendokumentasikan kegiatan penelitian sebagai bukti bahwa penelitian telah dilakukan.

#### 4.6 Definisi Istilah/Operasional

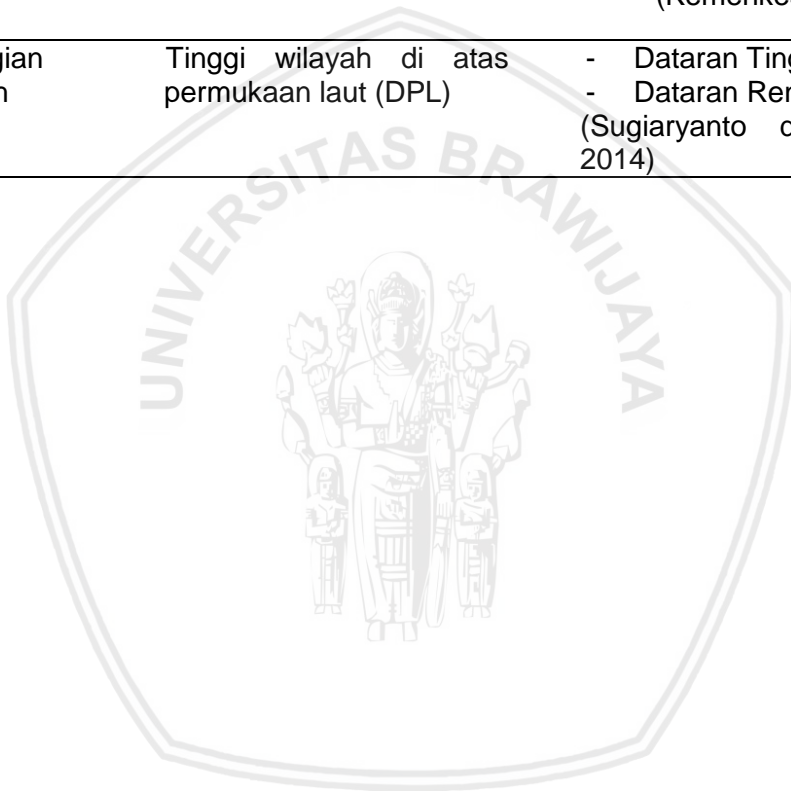
Tabel 4.1 Definisi Istilah/Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Metode	Skala
1.	<i>Stunting</i>	Nilai tinggi badan balita menurut umur kurang dari - 2 SD dari standart pertumbuhan anak WHO. <i>Stunting</i> dan <i>severe stunting</i> digabung dalam kategori <i>stunting</i> .	TB/U Normal : > - 2 SD Stunting : < - 2 SD (WHO, 2010)	Pengukuran antropometri dengan menggunakan lengthboard dengan tingkat ketelitian 0,1 cm.	Ordinal
2.	Berat badan Lahir Anak	Berat badan anak pada saat dilahirkan yang diukur dengan menggunakan timbangan <i>baby scale</i> .	Normal : > 2500 gr BBLR : < 2500 gr (Kemenkes, 2013)	Wawancara dengan kuesioner dan melihat KMS.	Ordinal
3.	Umur ibu saat hamil	Umur ibu pada saat hamil anak	-Normal :20-35 tahun -Beresiko :< 20 tahun dan > 35 tahun (Nadiyah dkk, 2014)	Wawancara dengan kuesioner dan melihat KMS.	Ordinal
4.	Riwayat pemberian ASI Eksklusif	ASI Eksklusif adalah memberikan hanya ASI saja pada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan.	Eksklusif : hanya memberikan ASI saja. Tidak Eksklusif : anak sudah diberi makanan/minuman lain. (Kemenkes, 2013)	Wawancara dengan kuesioner dan melihat KMS.	Ordinal



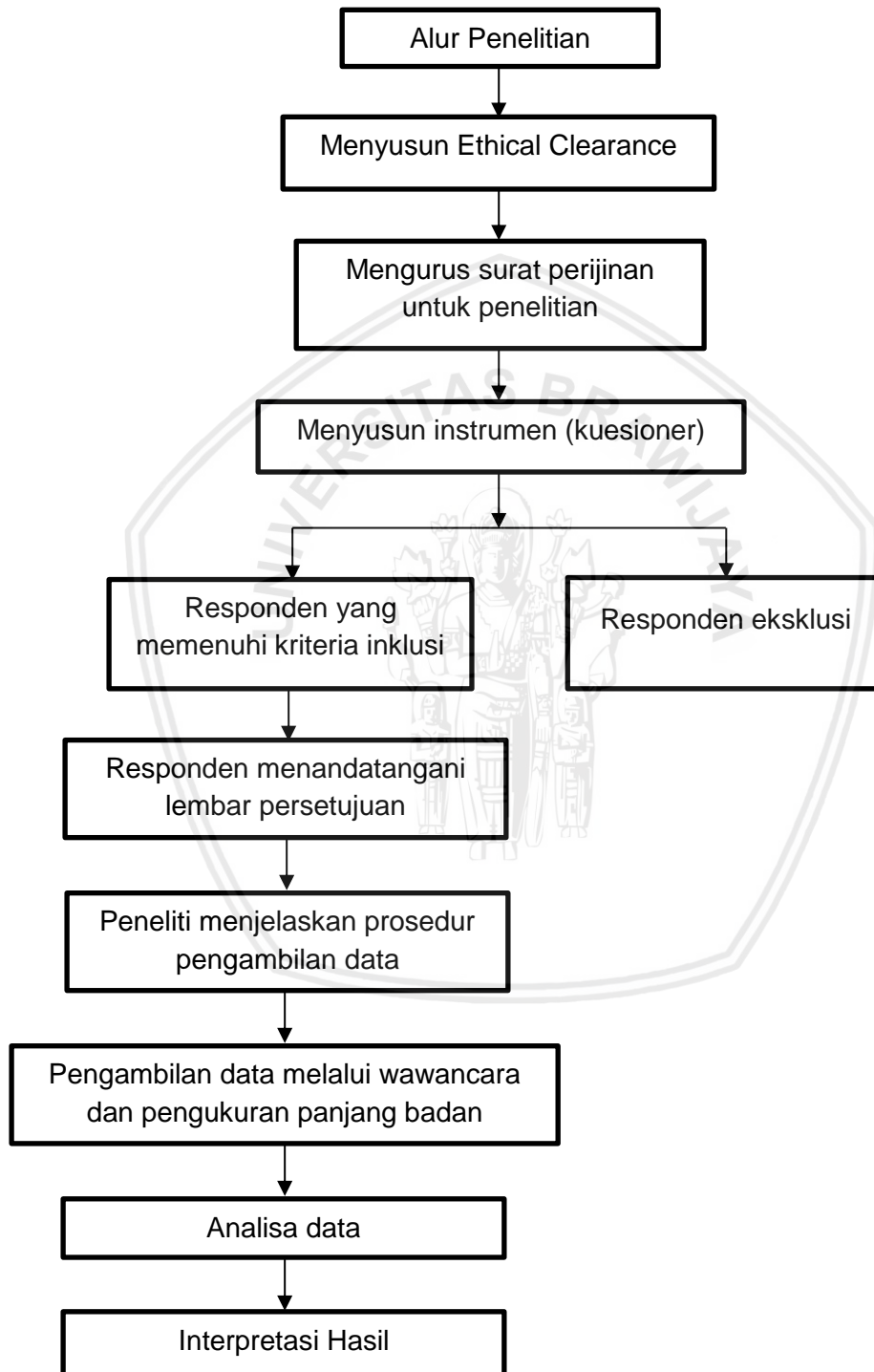
No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Metode	Skala
5.	Pekerjaan ibu	Pekerjaan yang menggunakan waktu terbanyak ibu atau pekerjaan dari ibu yang menghasilkan pendapatan terbesar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekerja</li> <li>- Tidak bekerja</li> </ul>	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal
6.	Pendidikan ibu	Jenjang pendidikan formal terakhir ibu berdasarkan kepemilikan ijazah.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendah (<math>\leq</math> SMP)</li> <li>- Tinggi (<math>\geq</math> SMP) (Nadiyah dkk, 2014)</li> </ul>	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal
7.	Tinggi badan ibu	Hasil ukur antropometri tinggi badan ibu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal : <math>\geq</math> 150 cm</li> <li>- Pendek : <math>&lt;</math> 150 cm (Kemenkes RI, 2013)</li> </ul>	Pengukuran antropometri dengan menggunakan <i>microtoise</i> atau melihat buku KIA.	Ordinal
8.	Jumlah anggota keluarga	Seluruh anggota keluarga rumah tangga yang tinggal dan makan dari satu dapur, di mana pengurusan kebutuhan sehari-hari dikelola bersama-sama menjadi satu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besar : <math>&gt;</math> 4 orang</li> <li>- Cukup : <math>\leq</math> 4 orang (BKKBN 1998 dalam Dalimunthe S. M, 2015).</li> </ul>	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal
9.	Usia pemberian MP-ASI pertama	Usia anak ketika pertama kali diberi MP-ASI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>&lt;</math> 6 bulan</li> <li>- <math>\geq</math> 6 bulan (Kemenkes RI, 2014)</li> </ul>	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Metode	Skala
10.	Jenis diberikan MP-ASI	Jenis makanan yang diberikan pada anak pertama kali.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuai rekomendasi 6-9 bulan = bubur kental, makanan keluarga yang dilumatkan.</li> <li>9-12 bulan = makanan keluarga yang dicincang atau dicacah, makanan dengan potongan kecil yang dapat dipegang, makanan yang diiris-iris</li> <li>12-24 bulan = makanan yang diiris-iris, makanan keluarga)</li> <li>- Tidak sesuai rekomendasi (Kemenkes RI, 2014)</li> </ul>	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal
11.	Ketinggian Wilayah	Tinggi wilayah di atas permukaan laut (DPL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dataran Tinggi &gt; 200 meter</li> <li>- Dataran Rendah &lt; 200 meter</li> </ul> (Sugiyanto dalam Kasenda dkk, 2014)	Melihat data BPS	Ordinal



## 4.7 Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data

### 4.7.1 Prosedur Penelitian



Gambar 4.2 Alur Penellitian

## 4.7.2 Pengumpulan Data

### 4.7.2.1 Data primer

Pengambilan data dilakukan oleh enumerator dari tenaga gizi wilayah yang terpilih dan akan dilakukan pelatihan pengisian kuesioner dan pengukuran panjang badan anak dan tinggi badan ibu.

#### 1. Data Panjang Badan dan Tinggi Badan

##### a. Pengukuran panjang badan anak

Langkah-langkah mengukur panjang badan anak menggunakan papan ukur panjang badan (Depkes RI dan WHO, 2008) :

Persiapan papan ukur panjang badan

- Pilih meja atau tempat yang datar dan rata. Siapkan alat ukur panjang badan.
- Lepaskan kunci pengait yang berada di samping papan pengukur.
- Tarik meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala dan pastikan meteran menunjuk angka nol dengan mengatur skrup skala yang ada di bagian kaki balita.
- Buka papan hingga posisinya memanjang dan datar.
- Tarik meteran sampai menempel rapat pada dinding tempat menempelnya kepala dan pastikan meteran menunjuk angka nol.
- Geser kembali papan penggeser pada tempatnya.

Cara mengukur panjang badan :

- Terlentangkan anak di atas papan pengukur dengan posisi kepala menempel pada bagian papan yang datar dan tegak lurus (papan yang tidak dapat bergerak).

- Pastikan bagian puncak kepala menempel pada bagian papan yang statis.
- Posisikan bagian belakang kepala, punggung, pantat dan tumit menempel secara tepat pada papan pengukur.
- Geser bagian papan yang bergerak sampai seluruh bagian kedua telapak kaki menempel pada bagian papan yang dapat digeser (dengan cara menekan bagian lutut dan mata kaki).
- Baca dan catat panjang badan anak dari angka kecil ke angka besar. Kemudian dimasukkan dalam *software* WHO 2005 untuk menentukan *stunting* atau normal.

b. Tinggi badan ibu

Langkah-langkah mengukur tinggi badan ibu menggunakan *microtoice* (Gibson, 2005) :

- Topi, hiasan kepala dan alas kaki (sepatu, sandal) harus dilepas.
- Posisikan subjek berdiri tegak lurus di bawah alat penggeser dan membelakangi papan pengukur.
- Bagian belakang kepala, bahu, pantat, betis dan tumit menempel ke papan pengukur.
- Posisikan kedua telapak kaki rata dan menempel pada papan pengukur.
- Posisikan kedua lutut dan tumit rapat.
- Pandangan lurus ke depan.
- Tarik papan penggeser sampai puncak kepala.
- Baca hasil pengukuran.
- Lakukan sekali lagi.

- Bila hasil pengukuran 1 dan 2 berbeda 0,5 cm, lakukan pengukuran ke-3.

3. Data berat badan lahir anak, riwayat pemberian ASI eksklusif, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, umur ibu saat hamil, praktek pemberian MP-ASI dan jumlah anggota keluarga diperoleh melalui wawancara dengan kuesioner.

#### 4.7.2.2 Data Sekunder

Data sekunder berupa gambaran geografis untuk memetakan wilayah-wilayah kecamatan yang tergolong dataran tinggi dan dataran rendah untuk keterwakilan wilayah di kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS), diperoleh dari Badan Pusat Statistik dan jumlah populasi anak usia 6-23 bulan yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten TTS.

#### 4.8 Analisis Data

Analisa data dengan program SPSS. Analisis data meliputi :

1. Analisis univariat untuk menggambarkan kejadian *stunting*, berat badan lahir bayi, riwayat pemberian ASI eksklusif, jumlah anggota keluarga, pekerjaan ibu, pendidikan ibu, umur ibu saat hamil, tinggi badan ibu.
2. Analisis bivariat untuk melihat hubungan variabel bebas dan *stunting* dengan menggunakan uji *chi-square* atau *Fisher Exact* apabila syarat *chi-square* tidak terpenuhi dengan tingkat kepercayaan 95 % ( $\alpha = 0,05$ ). Kemudian untuk mengetahui kekuatan hubungan dengan menggunakan Odds Ratio (OR).
3. Analisis multivariat untuk melihat pengaruh variabel bebas secara bersama-sama terhadap *stunting* dengan menggunakan uji *regresi logistik*.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Timor Tengah Selatan (TTS) merupakan Kabupaten yang seluruh wilayahnya terletak di Pulau Timor dengan luas wilayah sebesar 3.955,36 km<sup>2</sup>. Berdasarkan posisi geografisnya, batas wilayah Kabupaten TTS adalah sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara : Kabupaten Timor Tengah Utara
- b. Sebelah Timur : Kabupaten Timor Tengah Utara dan Kabupaten Belu
- c. Sebelah Selatan : Laut Timor
- d. Sebelah Barat : Kabupaten Kupang

Dari segi topografi Kabupaten TTS, kondisi permukaan tanahnya merupakan daerah bergunung dan berbukit dengan kemiringan rata-rata di atas 50 %, hanya sebagian kecil saja yang merupakan dataran rendah. Wilayah administrasi TTS terbagi atas 32 kecamatan, 12 kelurahan dan 266 desa dengan total jumlah penduduk 463.980 jiwa. Wilayah Kabupaten TTS berada dalam 1 (satu) pulau, akses antar kecamatan dapat NTT merupakan propinsi dengan prevalensi *stunting* tertinggi sebesar 51,7%. Walaupun pada tahun 2018 mengalami penurunan, namun NTT masih merupakan propinsi dengan prevalensi *stunting* balita tertinggi di Indonesia yaitu 42,6%. Sementara di tingkat nasional sebesar 30,8%. PSG tahun 2017 menunjukkan kabupaten TTS merupakan kabupaten dengan angka *stunting* tertinggi di NTT sebesar 53,5%.



## 5.2 Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kabupaten Timor Tengah Selatan. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Desember 2018 sampai dengan Januari 2019 dengan jumlah responden 68 anak yang terdiri dari 34 anak kelompok kasus dan 34 anak kelompok kontrol dari 10 desa di 5 kecamatan. Adapun karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Karakteristik Responden

Variabel	Normal (n=34)		Stunting (n=34)	
	n	Persentase (%)	n	Persentase (%)
<b>Umur Anak</b>				
6-8 bulan	5	14.7	4	11.8
9-11 bulan	5	14.7	5	14.7
12-23 bulan	24	70.6	25	73.5
<b>Pendidikan Ayah</b>				
Rendah (<SMP)	12	35.3	17	50
Tinggi (≥ SMP)	22	64.7	17	50
<b>Pekerjaan Ayah</b>				
Tidak Bekerja	1	2.9	1	2.9
Bekerja	33	97.1	33	97.1
<b>Berat Badan Lahir</b>				
Normal (≥2500 gr)	30	88.2	23	67.6
BBLR (<2500 gr)	4	11.8	11	32.4
<b>Umur Ibu Saat Hamil</b>				
Normal (20 - 35 tahun)				
Beresiko (<20 tahun dan >35 tahun)	31	91.2	26	76.5
	3	8.8	8	23.5
<b>Riwayat Pemberian ASI Eksklusif</b>				
Tidak Eksklusif	4	11.8	3	8.8
Eksklusif	30	88.2	31	91.2
<b>Pendidikan Ibu</b>				
Rendah (<SMP)	9	26.5	3	8.8
Tinggi (≥ SMP)	25	73.5	31	91.2
<b>Tinggi Badan Ibu</b>				
Normal (≥150 cm)	18	52.9	13	38.2
Pendek (<150 cm)	16	47.1	21	61.8
<b>Pekerjaan Ibu</b>				
Bekerja	3	8.8	3	8.8
Tidak Bekerja	31	91.2	31	91.2

Variabel	Normal (n=34)		Stunting (n=34)	
	n	Persentase (%)	n	Persentase (%)
<b>Jumlah Anggota Keluarga</b>				
Besar (>4 orang)	8	23.5	17	50
Cukup ( $\leq$ 4 orang)	26	76.5	17	50
<b>Usia Pemberian MP-ASI Pertama</b>				
<6 bulan	3	8.8	2	5.9
$\geq$ 6 bulan	26	76.5	28	82.4
Missing*	5	14.7	4	11.8
<b>Jenis MP-ASI yang Diberikan</b>				
Sesuai Rekomendasi	22	64.7	26	76.5
Tidak Sesuai Rekomendasi	12	35.3	8	23.5

Tabel 5.1 menunjukkan pada kelompok kontrol usia anak 6-8 bulan sebanyak 5 anak (14,7%), 9-11 bulan sebanyak 5 anak (14,7%) dan 12-23 bulan sebanyak 24 anak (70,6%). Sedangkan pada kelompok kasus usia anak 6-8 bulan sebanyak 4 anak (11,8%), usia 9-11 bulan sebanyak 5 anak (14,7%) dan usia 12-23 bulan sebanyak 25 anak (73,5%).

Sebanyak 12 (35,5%) dari 34 ayah pada kelompok kontrol berpendidikan rendah (<SMP) dan 22 ayah (64,7%) berpendidikan tinggi ( $\geq$  SMP). Sedangkan pada kelompok kasus sebanyak 17 ayah (50%) berpendidikan rendah (< SMP) dan sebanyak 17 (50%) berpendidikan tinggi ( $\geq$  SMP). Sebagian besar ayah dari subyek bekerja yaitu sebanyak 33 (97,1%) dan 1 (2,9%) tidak bekerja baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok kasus.

Distribusi frekuensi berat badan lahir kelompok kontrol anak usia 6-23 bulan dari 34 anak kelompok kontrol, anak yang mempunyai berat badan lahir normal sebanyak 30 anak baduta (88,2%) dan anak yang mempunyai berat badan lahir rendah sebanyak 4 anak baduta (11,8%). Distribusi frekuensi berat badan lahir kelompok kasus dari 34 anak baduta kelompok kasus, anak yang mempunyai berat badan lahir normal sebanyak 23 anak baduta (67,6%) dan

anak yang mempunyai berat badan lahir rendah sebanyak 11 anak baduta (32,4%).

Distribusi frekuensi riwayat pemberian ASI Eksklusif kelompok kontrol, anak yang mendapat ASI Eksklusif sebanyak 30 anak baduta (88,2%) dan anak yang tidak mendapat ASI Eksklusif sebanyak 4 anak baduta (11,8%). Distribusi frekuensi riwayat pemberian ASI Eksklusif kelompok kasus dari 34 anak baduta kelompok kasus, anak yang mendapat ASI Eksklusif sebanyak 31 anak baduta (91,2%) dan anak yang tidak mendapat ASI Eksklusif sebanyak 3 anak baduta (8,8%).

Distribusi frekuensi umur ibu saat hamil kelompok kontrol, umur ibu normal (20-25 tahun) saat hamil sebanyak 31 ibu (91,2%) dan umur ibu beresiko (<20 tahun dan >35 tahun) saat hamil sebanyak 3 ibu (8,8%). Distribusi frekuensi umur ibu saat hamil kelompok kasus dari 34 anak baduta kelompok kasus, umur ibu normal (20-25 tahun) saat hamil sebanyak 26 ibu (76,5%) dan umur ibu beresiko (<20 tahun dan >35 tahun) saat hamil sebanyak 8 ibu (23,5%).

Distribusi frekuensi pekerjaan ibu kelompok kontrol dari 34 anak baduta kelompok kontrol, ibu bekerja sebanyak 3 ibu (8,8%) dan ibu tidak bekerja sebanyak 31 ibu (91,2%). Distribusi frekuensi pekerjaan ibu kelompok kasus dari 34 anak baduta kelompok kasus, ibu bekerja sebanyak 3 ibu (8,8%) dan ibu tidak bekerja sebanyak 31 ibu (91,2%).

Distribusi frekuensi pendidikan ibu kelompok kontrol dari 34 anak baduta kelompok kontrol, ibu dengan pendidikan rendah (< SMP) sebanyak 9 ibu (26,5%) dan ibu dengan pendidikan tinggi ( $\geq$  SMP) sebanyak 25 ibu (73,5%). Distribusi frekuensi pendidikan ibu kelompok kasus dari 34 anak baduta

kelompok kasus, ibu dengan pendidikan rendah ( $< \text{SMP}$ ) sebanyak 14 ibu (41,2%) dan ibu dengan pendidikan tinggi ( $\geq \text{SMP}$ ) sebanyak 20 ibu (58,8%).

Distribusi frekuensi tinggi badan ibu kelompok kontrol dari 34 anak baduta kelompok kontrol, ibu dengan tinggi badan normal ( $\geq 150 \text{ cm}$ ) sebanyak 18 ibu (52,9%) dan ibu dengan tinggi badan ( $< 150 \text{ cm}$ ) sebanyak 16 ibu (47,1%).

Distribusi frekuensi tinggi badan ibu kelompok kasus dari 34 anak baduta kelompok kasus, ibu dengan tinggi badan normal ( $\geq 150 \text{ cm}$ ) sebanyak 13 ibu (38,2%) dan ibu dengan tinggi badan ( $< 150 \text{ cm}$ ) sebanyak 21 ibu (61,8%).

Distribusi frekuensi jumlah anggota keluarga kelompok kontrol dari 34 anak baduta kelompok kontrol, jumlah anggota keluarga besar ( $> 4$  orang) sebanyak 8 keluarga (23,5%) dan jumlah anggota keluarga cukup ( $\leq 4$  orang) sebanyak 26 keluarga (76,5%). Distribusi frekuensi jumlah anggota keluarga kelompok kasus dari 34 anak baduta kelompok kasus, jumlah anggota besar ( $> 4$  orang) sebanyak 17 keluarga (50%) dan jumlah anggota keluarga cukup ( $\leq 4$  orang) sebanyak 17 keluarga (50%).

Distribusi frekuensi usia pemberian MP-ASI pertama kelompok kontrol dari 34 anak baduta kelompok kontrol, usia pemberian MP-ASI pertama  $< 6$  bulan sebanyak 3 anak (8,8%) dan usia pemberian MP-ASI pertama  $\geq 6$  bulan sebanyak 26 anak (76,5%), sedangkan yang belum diberikan MP-ASI/responden tidak tahu umur pemberian MP-ASI pertama sebanyak 5 anak (14,7%). Distribusi frekuensi usia pemberian MP-ASI pertama kelompok kasus dari 34 anak baduta kelompok kasus, usia pemberian MP-ASI pertama  $< 6$  bulan sebanyak 2 anak (5,9%) dan usia pemberian MP-ASI pertama  $\geq 6$  bulan sebanyak 28 anak (82,4%), sedangkan yang belum diberikan MP-ASI/responden tidak tahu umur pemberian MP-ASI pertama sebanyak 4 anak (11,8%).

Distribusi frekuensi jenis MP-ASI pertama yang diberikan MP-ASI kelompok kontrol dari 34 anak baduta kelompok kontrol, jenis MP-ASI pertama yang diberikan sesuai rekomendasi sebanyak 22 anak (64,7%) dan jenis MP-ASI pertama yang diberikan tidak sesuai rekomendasi sebanyak 12 anak (35,3%). Distribusi frekuensi jenis MP-ASI pertama kelompok kasus dari 34 anak baduta kelompok kasus, jenis MP-ASI pertama yang diberikan sesuai rekomendasi sebanyak 26 anak (76,5%) dan jenis MP-ASI pertama yang diberikan tidak sesuai rekomendasi sebanyak 8 anak (23,5%).

### 5.3 Determinan Kejadian *Stunting* Pada Aspek Anak

#### 5.3.1 Hubungan Berat Badan Lahir dengan Status Gizi Panjang Badan menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan

Hasil analisis hubungan berat badan lahir dengan status gizi panjang badan menurut umur anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan dapat dilihat pada tabel 5.2.

**Tabel 5.2 Hubungan Antara Berat Badan Lahir dengan Status Gizi Panjang Badan menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan**

Berat Badan Lahir	Status Gizi TB/U				Total		OR (95% CI)	p-value*
	<i>Stunting</i>		Normal					
	N	%	n	%	n	%		
BBLR (<2500 gr)	11	73.3	4	26.7	15	100	3.587 (1.011 - 12.731)	0.041*
Normal (≥2500 gr)	23	43.4	30	56.6	53	100		
Jumlah	34	50	34	50	68	100		

**Keterangan:** p-value\* = hasil uji *chi-square*

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa dari 15 anak yang lahir dengan berat badan rendah (<2500 gr), memiliki status gizi panjang badan menurut umur *stunting* sebanyak 11 anak (73,3%). Hal ini berbeda dengan bayi yang lahir dengan berat badan ≥ 2500 gram, kejadian *stunting* lebih rendah yaitu 43,4%. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten

Timor Tengah Selatan di mana nilai  $p=0,041$  ( $p<0,05$ ). Uji statistik menunjukkan nilai OR sebesar 3,587. Hal ini menunjukkan bahwa anak dengan BBLR memiliki peluang 3,587 kali mengalami *stunting* dibandingkan anak yang memiliki berat badan normal.

### 5.3.2 Hubungan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Panjang Badan menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan

Hasil analisis hubungan pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi panjang badan menurut umur anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan dapat dilihat pada tabel 5.3.

**Tabel 5.3 Hubungan Antara Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan**

Riwayat Pemberian ASI Eksklusif	Status Gizi TB/U				Total		OR (95% CI)	p-value**
	Stunting		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak ASI Eksklusif	3	42.9	4	57.1	7	100	0.726 (0.150 - 3.520)	1.000
ASI Eksklusif	31	50.8	30	49.2	61	100		
Jumlah	34	50	34	50	68	100		

**Keterangan:** p-value\*\* = hasil uji *fisher's exact*

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa dari 7 anak yang tidak diberi ASI Eksklusif, memiliki status gizi panjang badan menurut umur *stunting* sebanyak 3 anak (42,9%) dan tidak *stunting* sebanyak 4 anak (57,1%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara riwayat pemberian ASI Eksklusif dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan, di mana nilai  $p=1,000$  ( $p >0,05$ ).





## 5.4 Determinan Kejadian *Stunting* pada Aspek Ibu

### 5.4.1 Hubungan Antara Umur Ibu Saat Hamil dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan

Hasil analisis hubungan umur ibu saat hamil dengan status gizi panjang badan menurut umur anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan dapat dilihat pada tabel 5.4

**Tabel 5.4 Hubungan Antara Umur Ibu Saat Hamil dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan**

Umur Ibu Saat Hamil	Status Gizi TB/U				Total		OR (95% CI)	p-value*
	<i>Stunting</i>		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Beresiko (<20 tahun dan >35 tahun)	8	72.7	3	27.3	11	100	3.179 (0.764 - 13.228)	0.100
Normal (20 - 35 tahun)	26	45.6	31	54.4	57	100		
Jumlah	34	50	34	50	68	100		

**Keterangan:** p-value\* = hasil uji *chi-square*

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa dari 11 ibu yang pada saat hamil berumur <20 tahun dan >35 tahun, memiliki anak dengan status gizi *stunting* sebanyak 8 ibu(72,7%) dan tidak *stunting* sebanyak 3 ibu (27,3%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara umur ibu saat hamil dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan, di mana nilai  $p=0,100$  ( $p > 0,05$ ).

### 5.4.2 Hubungan Antara Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan

Hasil analisis hubungan pekerjaan ibu dengan status gizi panjang badan menurut umur anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan dapat dilihat pada tabel 5.5.



**Tabel 5.5 Hubungan Antara Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan**

Pekerjaan Ibu	Status Gizi PB/U				Total		OR (95% CI)	p-value**
	Stunting		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Bekerja	3	50	3	50	6	100	1 (0.187 - 5.344)	1.000
Tidak Bekerja	31	50	31	50	62	100		
Jumlah	34	50	34	50	68	100		

Keterangan: p-value\*\* = hasil uji *fisher's exact*

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa dari 11 ibu yang tidak bekerja, memiliki anak dengan status gizi *stunting* sebanyak 3 ibu (50,0%) dan tidak *stunting* sebanyak 3 ibu (50,0%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan, di mana nilai  $p=1,000$  ( $p > 0,05$ ).

#### 5.4.3 Hubungan Antara Pendidikan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan

Hasil analisis hubungan pendidikan ibu dengan status gizi panjang badan menurut umur anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan dapat dilihat pada tabel 5.6.

**Tabel 5.6 Hubungan Antara Pendidikan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan**

Pendidikan Ibu	Status Gizi PB/U				Total		OR (95% CI)	p-value*
	Stunting		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Rendah (<SMP)	14	60.9	9	39.1	23	100	0.514 (0.185 - 1.431)	0.200
Tinggi (≥SMP)	20	44.4	25	55.6	45	100		
Jumlah	34	50	34	50	68	100		

Keterangan: p-value\* = hasil uji *chi-square*

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui bahwa dari 23 ibu dengan pendidikan rendah (<SMP) yang memiliki anak dengan status gizi *stunting* sebanyak 14 ibu (60,9%) dan tidak *stunting* sebanyak 9 ibu (39,1%). Hasil uji statistik

menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan, di mana nilai  $p=0,200$  ( $p > 0,05$ ).

#### 5.4.4 Hubungan Antara Tinggi Badan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan

Hasil analisis hubungan tinggi badan ibu dengan status gizi panjang badan menurut umur anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan dapat dilihat pada tabel 5.7.

**Tabel 5.7 Hubungan Antara Tinggi Badan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan**

Tinggi Badan Ibu	Status Gizi TB/U				Total		OR (95% CI)	p-value*
	<i>Stunting</i>		Normal					
	n	%	n	%	n	%		
Pendek (<150 cm)	21	56.8	16	43.2	37	100	1.817 (0.692 - 4.772)	0.223
Normal (≥150 cm)	13	41.9	18	58.1	31	100		
Jumlah	34	50	34	50	68	100		

**Keterangan:** p-value\* = hasil uji *chi-square*

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa dari 37 ibu dengan tinggi badan pendek (<150 cm) yang memiliki anak dengan status gizi *stunting* sebanyak 21 ibu (56,8%) dan tidak *stunting* sebanyak 16 ibu (43,2%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan, di mana nilai  $p=0,223$  ( $p > 0,05$ ).

## 5.5 Determinan Kejadian *Stunting* pada Aspek Keluarga

### 5.5.1 Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan

Hasil analisis hubungan jumlah anggota keluarga dengan status gizi panjang badan menurut umur anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan dapat dilihat pada tabel 5.8.

**Tabel 5.8 Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan**

Jumlah Anggota Keluarga	Status Gizi TB/U				Total		OR (95% CI)	p-value*
	<i>Stunting</i>		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Besar (> 4 orang)	17	68	8	32	25	100	0.308 (0.109 - 0.870)	0.024*
Cukup (≤ 4 orang)	17	39.5	26	60.5	43	100		
Jumlah	34	50	34	50	68	100		

**Keterangan:** p-value\* = hasil uji *chi-square*

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui bahwa dari 25 anak yang tinggal dengan jumlah anggota keluarga besar dengan status gizi *stunting* sebanyak 17 anak (68%) sedangkan presentase *stunting* pada kelompok dengan jumlah anggota keluarga cukup hanya 39,5%. Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara jumlah anggota keluarga dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan, di mana nilai  $p = 0,024$  ( $p < 0,05$ ). Hasil uji statistik didapat nilai OR 3,250. Hal ini menunjukkan bahwa anak dengan jumlah anggota keluarga besar memiliki peluang 3,250 kali mengalami *stunting* dibandingkan anak yang tinggal dengan jumlah anggota keluarga cukup.

## 5.6 Determinan Kejadian *Stunting* pada Aspek Riwayat Pemberian MP-ASI

### 5.6.1 Hubungan Antara Usia Pemberian MP-ASI Pertama dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan

Hasil analisis hubungan usia pemberian MP-ASI pertama dengan status gizi panjang badan menurut umur anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan dapat dilihat pada tabel 5.9.

**Tabel 5.9 Hubungan Antara Usia Pemberian MP- ASI Pertama dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan**

Usia Pemberian MP-ASI Pertama	Status Gizi TB/U				Total		OR (95% CI)	p-value**
	<i>Stunting</i>		Normal		n	%		
	N	%	n	%				
< 6 bulan	2	40	3	60	5	100	1.615 (0.250 – 10.451)	0.671
≥ 6 bulan	28	51.9	26	48.1	54	100		
Jumlah	30	50.8	29	49.2	59	100		

Keterangan: p-value\*\* = hasil uji *fisher's exact*

Berdasarkan tabel 5.9 diketahui bahwa dari 5 anak yang diberi MP-ASI < 6 bulan yang memiliki status gizi *stunting* sebanyak 2 anak (40%) dan tidak *stunting* sebanyak 3 anak (60%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara usia pemberian MP-ASI pertama dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan, di mana nilai  $p=0,671$  ( $p > 0,05$ ).

### 5.6.2 Hubungan Antara Jenis MP-ASI yang Diberikan Pertama dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan

Berdasarkan rekomendasi tekstur MP-ASI diberikan secara bertahap mulai dari yang halus/saring/encer (makanan lumat) menjadi lebih kasar (makanan lembik). Pada usia 6-8 bulan dimulai bubur halus, 9-11 bulan diberikan makanan dicincang halus atau disaring kasar, 12-23 bulan diberikan makanan keluarga, bila perlu masih dicincang atau disaring kasar. Hasil analisis hubungan

jenis MP-ASI yang diberikan pertama dengan status gizi panjang badan menurut umur anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan dapat dilihat pada tabel 5.10.

**Tabel 5.10 Hubungan Antara Jenis MP-ASI yang Diberikan Pertama dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur Anak Usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan**

Jenis MP-ASI yang Diberikan	Status Gizi TB/U				Total		OR (95% CI)	p-value*
	Stunting		Normal					
	n	%	n	%	n	%		
Tidak Sesuai Rekomendasi	8	40	12	60	20	100	0.564 (0.196 -1.627)	0.287
Sesuai Rekomendasi	26	54.2	22	45.8	48	100		
Jumlah	34	50	34	50	68	100		

**Keterangan:** p-value\* = hasil uji *chi-square*

Berdasarkan tabel 5.10 diketahui bahwa dari 20 anak yang diberi MP-ASI pertama tidak sesuai rekomendasi memiliki status gizi *stunting* sebanyak 8 anak (40%) dan tidak *stunting* sebanyak 12 anak (60%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis MP-ASI yang diberikan pertama dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan, di mana nilai  $p=0,287$  ( $p > 0,05$ ).

### 5.7 Analisa Determinan Kejadian *Stunting*

Selain dilakukan analisis univariat dan bivariat, dilakukan analisis multivariat untuk mengetahui determinan kejadian *stunting* dengan menggunakan uji regresi logistik ganda.

Variabel yang ikut dalam analisa multivariat adalah variabel yang memiliki nilai  $p < 0,25$  yaitu berat badan lahir, umur ibu saat hamil, pendidikan ibu, tinggi badan ibu dan jumlah anggota keluarga. Hasil analisis regresi logistik ganda variabel yang paling dominan menjadi determinan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan dapat dilihat pada tabel 5.11.

**Tabel 5.11 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda yang Paling Berpengaruh Terhadap *Stunting* Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan**

Variabel	Koefisien	P	OR	95% CI
Jumlah Anggota Keluarga	1.421	0.012	4.140	1.369 - 12.518
Berat Badan Lahir	1.578	0.021	4.845	1.262 - 18.593
Konstanta	-0.850	0.024	0.427	

Berdasarkan tabel 5.11 diketahui bahwa yang merupakan determinan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan yaitu berat badan lahir dan jumlah anggota keluarga. Anak yang lahir dengan berat badan rendah memiliki resiko 4,845 kali lebih besar untuk mengalami *stunting* dibandingkan anak yang lahir dengan berat badan normal. Sedangkan anak yang tinggal dalam rumah yang memiliki anggota keluarga besar memiliki resiko mengalami *stunting* 4,140 kali lebih besar untuk mengalami *stunting* dibandingkan anak yang tinggal dalam rumah yang memiliki jumlah anggota keluarga cukup.

Persamaan yang memprediksi terjadinya *stunting* pada anak dengan riwayat berat badan lahir rendah dan jumlah anggota keluarga besar yaitu :

$$\begin{aligned} Y &= -0.850 + 1.421 (\text{jumlah anggota keluarga}) + 1.578 (\text{Berat Badan Lahir}) \\ &= -0.850 + 1.421 (1) + 1.578 (1) \\ &= 2.149 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Maka, } p &= 1 / (1 + e^{-Y}) \\ &= 1 / (1 + 2.7^{-2,149}) \\ &= 0.8942 \end{aligned}$$

Dengan demikian, probabilitas anak tersebut untuk mengalami *stunting* adalah 89,42%.



## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

##### 6.1.1 Gambaran Karakteristik Responden

*Stunting* adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur atau tinggi badan menurut umur yang merupakan padanan istilah *stunted* (pendek) dan *severely stunted* (sangat pendek). Z score untuk kategori pendek adalah  $-3$  SD sampai dengan  $< -2$  SD dan sangat pendek adalah  $< -3$  SD (Kemenkes RI, 2010). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada anak usia 6-23 bulan sebanyak 34 anak (50 %) berstatus gizi *stunting* dan sebanyak 34 anak (50%) berstatus gizi normal.

Hasil penelitian ini menunjukkan sebanyak 4 anak (11,8%) dari 34 anak kelompok kontrol (normal) mempunyai berat badan rendah pada saat lahir (BBLR) dan terdapat 30 anak (88,2%) mempunyai berat badan normal waktu lahir. Sedangkan pada kelompok kasus (*stunting*) terdapat 11 anak (32,4%) lahir dengan berat badan rendah dan terdapat 23 anak (67,6%) mempunyai berat badan normal waktu lahir. Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 jam setelah lahir. Berat badan bayi yang baru lahir ditentukan oleh status gizi janin. Status janin ditentukan antara lain oleh status gizi ibu waktu melahirkan dan keadaan ini dipengaruhi pula oleh status gizi ibu pada waktu konsepsi. Status gizi ibu sewaktu konsepsi dipengaruhi oleh keadaan sosial dan ekonomi ibu selama hamil, keadaan kesehatan dan gizi ibu, jarak kelahiran, paritas dan usia kehamilan. Apabila



status gizi ibu baik maka status gizi bayi yang dilahirkan akan baik juga (Arisman, 2010).

ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saat bayi lahir sampai berusia 6 bulan tanpa makanan/minuman lain kecuali obat. Hal-hal yang dapat menghambat pemberian ASI Eksklusif yaitu bayi di bawah 6 bulan sudah diberi makan/minum, banyaknya promosi susu formula, kurangnya pengetahuan ibu tentang kandungan gizi ASI dan kebutuhan gizi bayi berusia 0-6 bulan, adanya pengaruh adat istiadat (Suminar dkk, 2012). Dalam penelitian ini riwayat pemberian ASI Eksklusif sudah baik. Sebagian besar anak diberi ASI Eksklusif yaitu kelompok kontrol sebanyak 30 anak (88,2%) dan kelompok kasus sebanyak 31 anak (91,2%).

Umur ibu saat hamil dalam penelitian ini sebagian besar sudah baik yaitu pada umur tidak beresiko yaitu 20-35 tahun. Umur ibu saat hamil dalam kelompok kontrol penelitian ini sebanyak 31 ibu (91,2%) hamil pada umur 20-35 tahun (normal) dan sebanyak 3 ibu (8,8%) hamil pada umur beresiko yaitu < 20 tahun dan > 35 tahun. Sedangkan pada kelompok kasus (*stunting*) terdapat 26 ibu (76,5%) hamil pada umur 20-35 tahun dan terdapat 8 ibu (23,5%) hamil pada umur < 20 tahun dan > 35 tahun. Resiko kehamilan pada ibu yang terlalu muda karena mereka belum siap secara fisik karena organ reproduksi seperti rahim belum matang maupun psikis karena belum siap menjadi ibu. Sedangkan resiko kehamilan pada usia > 35 tahun berhubungan dengan organ reproduksi menurun (Kusparlina, 2016).

Ibu yang bekerja dalam kelompok kontrol penelitian ini sebanyak 3 ibu (8,8%) dan ibu tidak bekerja sebanyak 31 ibu (91,2%). Sedangkan pada kelompok kasus ibu yang bekerja sebanyak 3 ibu (8,8%) dan ibu tidak bekerja

sebanyak 31 ibu (91,2%). Ibu bekerja seringkali memiliki dampak pada anak mampu mandiri, namun memiliki dampak negatif yaitu ibu menjadi lebih sedikit waktu dengan anak, kasih sayang terbatas karena kurang waktu di rumah (Utina dkk, 2012). Pada ibu yang bekerja akan kehilangan waktu untuk memperhatikan asupan makanan bagi balitanya sehingga akan mempengaruhi status gizi balitanya. Ibu yang memiliki balita kemudian bekerja lebih banyak memiliki status gizi balita kurang dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja (Rozali, 2016).

Tingkat pendidikan, khususnya tingkat pendidikan ibu mempengaruhi derajat kesehatan. Hal ini terkait peranannya yang paling banyak pada pembentukan kebiasaan makan anak, karena ibulah yang mempersiapkan makanan mulai mengatur menu, berbelanja, memasak, menyiapkan makanan, dan mendistribusikan makanan (Rahayu dan Khairiyati, 2014). Tingkat pendidikan ibu dalam kelompok kontrol penelitian ini sebanyak 9 ibu (26,5%) berpendidikan rendah (< SMP) dan sebanyak 25 ibu (73,5%) berpendidikan tinggi ( $\geq$  SMP). Sedangkan pada kelompok kasus, sebanyak 14 ibu (41,2%) berpendidikan rendah (< SMP) dan sebanyak 20 ibu (58,8%) berpendidikan tinggi ( $\geq$  SMP).

Faktor genetika seorang ibu memiliki peranan penting dalam menentukan pertumbuhan generasi berikutnya. Perlambatan pertumbuhan pada usia 3-6 bulan di kehidupan balita adalah cerminan dari faktor genetik yang telah diturunkan oleh orangtuanya (Astuti, 2016). Salah satu atau kedua orang tua yang mengalami pendek akibat patologi memiliki gen dalam kromosom membawa sifat pendek yang mempunyai peluang anak menjadi *stunting* (Rahayu, 2011). Tinggi badan ibu dalam kelompok kontrol penelitian ini, sebanyak 18 ibu (52,9%) mempunyai tinggi badan normal ( $\geq$  150 cm) dan

sebanyak 16 ibu (47,1%) mempunyai tinggi badan pendek ( $< 150$  cm). Sedangkan pada kelompok kasus, sebanyak 13 ibu (38,2%) mempunyai tinggi badan normal ( $\geq 150$  cm) dan sebanyak 21 ibu (61,8%) mempunyai tinggi badan pendek ( $< 150$  cm).

Ketersediaan makanan bagi masing-masing anggota keluarga yang memiliki jumlah anggota keluarga banyak lebih rendah dibandingkan dengan jumlah anggota sedikit. Rumah tangga yang memiliki jumlah anggota yang banyak lebih berpeluang untuk mempunyai anak malnutrisi dibandingkan dengan rumah tangga memiliki lebih sedikit jumlah anggota rumah tangga (Angelina dkk, 2018). Kelompok kontrol dalam penelitian ini sebanyak 8 anak (23,5%) tinggal di keluarga dengan jumlah anggota besar ( $>.4$  orang) dan yang tinggal di keluarga dengan jumlah anggota keluarga cukup ( $\leq 4$  orang) sebanyak 26 anak (76,5%). Sedangkan pada kelompok kasus, sebanyak 17 anak (50%) tinggal di keluarga dengan jumlah anggota besar ( $>.4$  orang) dan yang tinggal di keluarga dengan jumlah anggota keluarga cukup ( $\leq 4$  orang) sebanyak 17 anak (50%).

Pada saat bayi berusia 6 bulan, bayi diberi MP-ASI karena setelah 6 bulan, ASI tidak lagi dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi. Pemberian MP-ASI dini disebabkan persepsi ibu yang salah tentang pemberian ASI Eksklusif selama enam bulan, alasan lain bayi rewel dan sering menangis dianggap bayi merasa sehingga membutuhkan makanan lain selain ASI. Pemberian MP-ASI lebih dini juga disebabkan kebiasaan turun menurun di masyarakat. Di mana hal ini dapat mempengaruhi ibu sehingga memberikan makanan sejak dini terutama pada ibu yang masih muda dan tinggal bersama orang tua (Nurkomala dkk, 2018). Pada kelompok kontrol penelitian ini, sebanyak 3 anak (8,8%) diberi MP-ASI sebelum berusia 6 bulan dan sebanyak 26 anak (76,5%) diberi MP-ASI pada saat berusia

6 bulan. Sedangkan pada kelompok kasus, sebanyak 2 anak (5,9%) diberi MP-ASI sebelum berusia 6 bulan dan 28 anak (82,4%) diberi MP-ASI saat berusia 6 bulan.

Tekstur MP-ASI diberikan secara bertahap mulai dari yang halus/saring/encer (makanan lumat) menjadi lebih kasar (makanan lembik). Pada usia 6-8 bulan dimulai bubur halus, 9-11 bulan diberikan makanan dicincang halus atau disaring kasar, 12-23 bulan diberikan makanan keluarga, bila perlu masih dicincang atau disaring kasar (AsDI, IDAI, PERSAGI, 2015). Pada kelompok kontrol penelitian ini, sebanyak 22 anak (64,7%) diberikan MP-ASI sesuai tekstur yang dianjurkan dan sebanyak 12 anak (35,3%) diberikan MP-ASI dengan tekstur tidak sesuai yang dianjurkan. Sedangkan pada kelompok kasus, sebanyak 26 anak (76,5%) diberikan MP-ASI sesuai tekstur yang dianjurkan dan sebanyak 8 anak (23,5%) diberikan MP-ASI dengan tekstur tidak sesuai yang dianjurkan.

### **6.1.2 Determinan Kejadian *Stunting* dari Aspek Anak**

Berat badan lahir pada penelitian ini dikategorikan menjadi dua yaitu berat badan lahir rendah (BBLR) dan berat lahir normal. Dikatakan BBLR apabila berat lahir < 2500 gram dan dikatakan normal apabila berat lahir  $\geq$  2500 gram. Berat lahir dianalisis dengan menggunakan uji *Chi Square* untuk mengetahui hubungan dengan *stunting*. Hasil uji *Chi square* didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang memiliki arti bahwa ada hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting* dan nilai OR sebesar 3,587 yang memiliki arti bahwa anak dengan BBLR memiliki peluang 3,587 kali mengalami *stunting* dibandingkan anak yang memiliki berat badan lahir normal.

Hal ini dapat disebabkan karena anak yang lahir dengan BBLR sudah mengalami keterlambatan pertumbuhan sejak dalam kandungan. Seorang anak yang lahir dengan BBLR akan sulit mengejar ketertinggalan pertumbuhan pada awal kehidupan dibandingkan anak yang lahir dengan berat badan normal dan akan menyebabkan anak menjadi *stunting*. Kurangnya asupan zat gizi ibu selama hamil menyebabkan anak mengalami BBLR. Menurut UNICEF (2009), anak yang lahir BBLR terjadi penghambatan pertumbuhan pada anak dan sering terkena penyakit infeksi. Apabila pola asuh ibu yang tidak baik seperti tidak memberikan ASI Eksklusif pada usia 0-6 bulan dan pemberian MP-ASI tidak tepat waktu, anak akan berisiko mengalami *stunting* dimasa yang akan datang. Pada masa ini merupakan proses terjadinya *stunting* pada anak dan peluang peningkatan *stunting* terjadi dalam 2 tahun pertama kehidupan. Keadaan ini semakin mempersulit untuk mengatasi gangguan pertumbuhan yang akhirnya berpeluang terjadinya *stunting*.

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Supriyanto dkk (2017) di Kecamatan Sedayu Kabupaten Bantul Yogyakarta, bahwa terdapat hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di mana nilai  $p = 0,001$  dan nilai OR = 6,16. Penelitian oleh Rahayu (2015) menyebutkan BBLR merupakan faktor paling dominan kejadian *stunting* anak baduta di wilayah puskesmas Sungai Karias, Hulu Sungai Utara. Dengan melihat penelitian oleh Supriyanto dan Rahayu maka penelitian ini juga mempunyai penemuan yang serupa bahwa terdapat hubungan berat badan lahir dengan kejadian *stunting*.

BBLR yaitu berat bayi lahir kurang dari 2.500 gram akan membawa risiko kematian, gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak, termasuk dapat berisiko menjadi pendek jika tidak tertangani dengan baik (Kemenkes, 2016).

Bagi perempuan yang lahir dengan berat rendah, memiliki resiko untuk menjadi ibu yang *stunting* dan cenderung akan melahirkan bayi dengan BBLR. Namun anak yang lahir dengan berat badan normal dapat pula mengalami *stunting*, apabila kurangnya/ tidak adekuat asupan zat gizi yang akan menyebabkan anak mengalami gagal tumbuh (Supariasa, 2014).

Pemberian ASI Eksklusif dalam penelitian ini dikategorikan menjadi dua yaitu ASI Eksklusif dan tidak ASI Eksklusif, di mana dikatakan ASI Eksklusif apabila anak hanya diberikan ASI saja sejak lahir sampai anak berusia 6 bulan tanpa makanan/minuman lain kecuali obat, sedangkan dikatakan tidak ASI Eksklusif apabila anak sudah diberi makanan/minuman lain sejak lahir sampai anak berusia 6 bulan. Pemberian ASI Eksklusif dianalisis dengan menggunakan uji *Fisher's Exact* untuk mengetahui hubungan dengan *stunting*. Hasil uji *Fisher's Exact* didapatkan nilai  $p > 0,05$  yang berarti tidak ada hubungan antara pemberian ASI Eksklusif dengan kejadian *stunting*.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Meilyasari (2014) yang menyebutkan pemberian ASI Eksklusif bukan merupakan faktor resiko *stunting* pada balita di Desa Purwokerto Kecamatan Patebon Kabupaten Kendal. Penelitian berbeda dilakukan Indrawati (2016) menyebutkan bahwa ada hubungan pemberian ASI Eksklusif dengan kejadian *stunting* pada balita 2-3 tahun di Desa Karangrejek Wonosari dengan nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ).

Pemberian ASI Eksklusif memberikan berbagai manfaat untuk ibu dan bayi dimana ASI merupakan makanan alamiah yang baik untuk bayi, praktis, ekonomis, mudah dicerna, memiliki komposisi zat gizi yang ideal sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pencernaan bayi dan ASI mendukung pertumbuhan bayi terutama tinggi badan karena kalsium ASI lebih efisien



diserap dibanding susu pengganti ASI (Indrawati, 2016). Masalah muncul ketika bayi berusia 6 bulan ke atas, ketika ibu-ibu sulit untuk memberikan MP-ASI dengan kualitas dan kuantitas yang baik dan kurangnya pengetahuan ibu yang rendah tentang nutrisi (Candra dkk, 2011).

### 6.1.3 Determinan Kejadian *Stunting* dari Aspek Ibu

Umur ibu saat hamil dalam penelitian ini dikategorikan menjadi dua yaitu beresiko dan normal. Dikatakan beresiko apabila umur ibu saat hamil < 20 tahun dan > 35 tahun sedangkan dikatakan normal bila umur ibu saat hamil 20-35 tahun. Umur ibu saat hamil dianalisis dengan menggunakan uji *chi square* untuk mengetahui hubungan dengan *stunting*. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p > 0,05$  yang berarti tidak ada hubungan antara umur ibu waktu hamil dengan *stunting*.

Penelitian ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Agustiningrum (2016), bahwa tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Wonosari I. Usia reproduksi perempuan adalah 20-35 tahun. Pada usia < 20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi sempurna dan > 35 tahun terjadi penurunan reproduktif. Kehamilan dengan umur kehamilan 20-35 tahun merupakan masa aman karena kematangan organ reproduksi dan mental untuk menjalani kehamilan serta persalinan sudah siap (Fajrina, 2016). Faktor fisiologi usia ibu berpengaruh terhadap pertumbuhan janin namun asupan makanan seimbang selama hamil yang baik juga berdampak positif (Astuti, 2016).

Pekerjaan ibu dalam penelitian ini dikategorikan menjadi dua yaitu bekerja dan tidak bekerja. Dikatakan bekerja apabila ibu melakukan pekerjaan untuk memperoleh pendapatan sedangkan dikatakan tidak bekerja apabila ibu



hanya sebagai ibu rumah tangga. Pekerjaan ibu dianalisis dengan menggunakan uji *Fisher's Exact* untuk mengetahui hubungan dengan *stunting*. Hasil uji *Fisher's Exact* didapatkan nilai  $p > 0,05$  yang berarti tidak ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan *stunting*.

Ibu yang bekerja dapat membantu perekonomian keluarga sehingga terjadi peningkatan ketersediaan kebutuhan dalam keluarga, seperti distribusi makanan. Namun dampak negatifnya, ibu lama berada diluar rumah, kurang waktu untuk memenuhi kebutuhan anak, memberi perhatian, kasih sayang, memberi stimulasi, intervensi dini pada anak untuk mengoptimalkan tumbuh kembangnya (Utina dkk, 2012).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agustiningrum (2016) dan Anisa (2012), bahwa pekerjaan ibu tidak berhubungan dengan kejadian *stunting*. Hal ini dapat disebabkan karena ibu yang bekerja dapat membantu pendapatan keluarga di mana dapat meningkatkan daya beli untuk asupan gizi anak. Meskipun waktu untuk merawat anak lebih sedikit dibandingkan ibu yang tidak bekerja.

Pendidikan ibu dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu pendidikan rendah dan pendidikan tinggi. Dikatakan pendidikan rendah apabila ibu berpendidikan  $< \text{SMP}$  sedangkan dikatakan pendidikan tinggi apabila ibu berpendidikan  $\geq \text{SMP}$ . Pendidikan ibu dianalisis dengan menggunakan uji *chi square* untuk mengetahui hubungan dengan *stunting*. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p > 0,05$  yang berarti tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan *stunting*.

Tingkat pendidikan memengaruhi seseorang dalam menerima informasi. Orang dengan tingkat pendidikan yang lebih baik akan lebih mudah dalam

menerima informasi daripada orang dengan tingkat pendidikan yang kurang. Informasi tersebut dijadikan sebagai bekal ibu untuk mengasuh balitanya dalam kehidupan sehari-hari (Rozali, 2016). Hasil penelitian sama yang dilakukan oleh Ni'mah dkk (2015) bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan status gizi *wasting* dan *stunting* balita usia 13-59 bulan di Kecamatan Balen Kabupaten Bojonegoro. Ibu dengan tingkat pendidikan rendah dengan adanya akses perkembangan teknologi saat ini dapat dengan mudah mengakses informasi dari berbagai media, sehingga pengetahuan ibu dapat meningkat (Lestari dkk, 2018).

Tinggi badan ibu dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu pendek dan normal. Dikatakan pendek apabila tinggi badan ibu  $< 150$  cm dan dikatakan normal apabila tinggi badan ibu  $\geq 150$  cm. Tinggi badan ibu dianalisis dengan menggunakan uji *chi square* untuk mengetahui hubungan dengan *stunting*. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p > 0,05$  yang berarti tidak ada hubungan antara tinggi badan ibu dengan *stunting*.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Astuti (2016) bahwa ada hubungan tinggi badan ibu dengan *stunting* balita di desa Hargorejo Kulonprogo. Orang tua yang pendek karena gen dalam kromosom yang membawa sifat pendek kemungkinan besar akan menurunkan sifat pendek kepada anaknya. Namun apabila orang tua pendek akibat kekurangan zat gizi atau penyakit, kemungkinan anak dapat tumbuh dengan tinggi badan normal selama anak tersebut tidak terpapar faktor risiko yang lain (Rahayu, 2014).

#### **6.1.4 Determinan Kejadian *Stunting* dari Aspek Keluarga**

Jumlah anggota keluarga dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu besar dan cukup. Dikatakan jumlah anggota keluarga besar apabila jumlah

anggota dalam keluarga > 4 orang dan dikatakan jumlah anggota keluarga cukup apabila jumlah anggota keluarga  $\leq 4$  orang. Jumlah anggota keluarga dianalisis menggunakan uji *chi square* untuk mengetahui hubungan dengan *stunting*. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai  $p < 0,05$  yang berarti ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan kejadian *stunting* sedangkan didapat nilai OR 3,250 yang berarti anak yang di keluarga yang mempunyai anggota keluarga besar (> 4 orang) memiliki resiko 3,250 kali mengalami *stunting*.

Temuan dalam penelitian ini dapat dijelaskan jumlah anggota keluarga yang banyak dengan ketahanan pangan yang kurang maka distribusi makanan ke masing-masing anggota keluarga akan kurang. Jumlah anggota keluarga yang banyak disebabkan rumah tangga baru yang belum memiliki rumah sendiri sehingga masih yang tinggal bersama orang tua dan makan dari satu dapur, di mana pengurusan kebutuhan sehari-hari dikelola bersama-sama menjadi satu.

Penelitian oleh Lestari dkk (2018) juga menyatakan hal yang sama bahwa jumlah anggota keluarga berhubungan dengan *stunting*. Jumlah anggota keluarga yang banyak disertai dengan pendapatan keluarga yang rendah, maka anggota keluarga tersebut terutama anak-anak berpeluang untuk tidak mendapat asupan yang lebih baik guna memenuhi kebutuhan tubuhnya. Hal ini berhubungan dengan distribusi makanan untuk anggota keluarga. Anak-anak kecil mungkin tidak mampu bersaing dengan anggota keluarga lainnya yang lebih besar untuk memperoleh makanan, sehingga mereka berisiko untuk mengalami kurang gizi. Dalam penelitian Berhanu *et al* (2018) di Ethiopia juga didapat hasil anak dengan jumlah anggota > 4 orang 4,33 kali berisiko mengalami *stunting*. Dengan melihat penelitian Lestari dkk dan Berhanu *et al*

maka dapat disimpulkan bahwa penelitian ini juga mempunyai penemuan yang serupa yaitu ada hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan *stunting*.

#### **6.1.5 Determinan Kejadian *Stunting* dari Aspek Praktek Pemberian MP-ASI**

Usia pemberian MP-ASI pertama dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu < 6 bulan apabila anak diberi makanan/minuman selain ASI pada saat berusia < 6 bulan dan  $\geq 6$  bulan apabila anak diberi makanan/minuman selain ASI pada saat berusia  $\geq 6$  bulan. Usia pemberian MP-ASI pertama dianalisis menggunakan uji *Fisher Exact* untuk mengetahui hubungan dengan *stunting*. Hasil uji *Fisher Exact* didapat nilai  $p > 0,05$  yang berarti tidak ada hubungan antara usia pertama pemberian MP-ASI dengan *stunting*.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurkomala dkk (2018), bahwa tidak ada hubungan usia pemberian MP-ASI pertama dengan *stunting*. Penelitian lainnya menunjukkan ada hubungan antara umur pertama pemberian MP-ASI dengan *stunting* (Khasanah dkk, 2016). Rekomendasi global waktu pemberian MP-ASI adalah 6 bulan. Pemberian MP-ASI dini dapat disebabkan persepsi ibu yang salah tentang waktu pemberian MP-ASI, ibu menganggap anak rewel karena lapar dan kebiasaan turun menurun sehingga memungkinkan ibu memberikan makanan sejak dini. Selain usia pertama pemberian MP-ASI banyak faktor yang mempengaruhi status gizi yaitu pemberian MP-ASI harus memadai, yang berarti bahwa makanan pendamping harus diberikan dalam jumlah, frekuensi, responsif, hygiene, konsistensi dan menggunakan berbagai makanan untuk menutupi kebutuhan gizi anak tumbuh dengan tetap menyusui.

Jenis MP-ASI pertama dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kategori yaitu sesuai rekomendasi apabila jenis MP-ASI yang diberikan pertama sesuai

dengan yang dianjurkan dan tidak sesuai rekomendasi apabila jenis MP-ASI yang diberikan pertama tidak sesuai dengan yang dianjurkan. Jenis MP-ASI pertama dianalisis menggunakan uji *chi square* untuk mengetahui hubungan dengan *stunting*. Hasil uji *chi square* didapat nilai  $p > 0,05$  yang berarti tidak ada hubungan antara jenis pemberian MP-ASI pertama dengan *stunting*.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widyawati dkk (2016) bahwa tidak ada hubungan antara jenis MP-ASI dengan *stunting* anak usia 12-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Lesung Batu, Empat Lawang. WHO menyatakan bahwa tekstur (kekentalan/konsistensi) makanan MP-ASI diberikan sesuai dengan usia anak dan secara bertahap untuk perkembangan anak yang optimal. Jika konsistensi makanan yang diberikan tidak sesuai dengan usia anak, kemungkinan mengkonsumsi makanan membutuhkan lebih banyak waktu untuk mengunyah menjadi partikel yang lebih kecil untuk ditelan, akibatnya anak akan makan dalam jumlah yang lebih sedikit (lama mengunyah) sehingga asupan makanannya akan kurang (Widyawati, 2016). Gangguan pertumbuhan disebabkan kurang baiknya kuantitas dan kualitas MP-ASI.

#### **6.1.6 Determinan Kejadian *Stunting***

Variabel yang ikut dalam analisis multivariat adalah berat badan lahir, umur ibu saat hamil, pendidikan ibu, tinggi badan ibu dan jumlah anggota keluarga. Dari hasil analisis didapat determinan kejadian *stunting* anak usia 6-23 bulan di Kabupaten TTS adalah berat badan lahir dan jumlah anggota keluarga.

Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Oktarina dkk (2013), menunjukkan bahwa jumlah anggota rumah tangga merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita dengan nilai OR 1,383. Besar anggota keluarga juga turut menentukan ketersediaan

pangan dalam keluarga. Jumlah anggota dalam rumah tangga yang bertambah menyebabkan pangan untuk setiap anak menjadi berkurang dan distribusi makanan tidak merata sehingga menyebabkan balita dalam keluarga tersebut menderita kurang gizi (Nashikah dkk, 2012).

Penelitian oleh Rukmana dkk (2016) menunjukkan bahwa berat badan lahir rendah dibawah 2.500 gram akan berisiko 4,192 kali *stunting* dibandingkan dengan anak yang berat badan lahir normal yaitu diatas atau sama dengan 2.500 gram. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Vietnam bahwa riwayat BBLR merupakan faktor risiko utama untuk *stunting* pada anak usia di bawah tiga tahun (OR=4,4; 95% CI:2,08-9,10) (Hien dan Hoa, 2009).

Bayi yang lahir dengan BBLR, sejak dalam kandungan telah mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin dan akan berlanjut sampai usia selanjutnya setelah dilahirkan yaitu mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang lebih lambat dari bayi yang dilahirkan normal dan sering gagal menyusul tingkat pertumbuhan yang seharusnya dicapai pada usianya setelah lahir (Proverawati dan Ismawati, 2010). Gagal tumbuh pada usia dini (2 bulan) menunjukkan risiko untuk mengalami gagal tumbuh pada periode berikutnya. Usia 12 bulan bayi BBLR kecil masa kehamilan tidak mencapai panjang badan yang dicapai oleh anak normal, meskipun anak normal tidak bertumbuh optimal, dengan kata lain kejar tumbuh (*catch up growth*) tidak memadai (Nasution dkk, 2014). Bayi BBLR juga mengalami gangguan saluran pencernaan karena saluran pencernaan belum berfungsi seperti kurang dapat menyerap lemak dan mencerna protein sehingga mengakibatkan kurangnya cadangan zat gizi dalam tubuh. Akibatnya, pertumbuhan bayi BBLR akan terganggu dan apabila keadaan ini berlanjut dengan pemberian makanan yang tidak mencukupi, sering mengalami infeksi,



dan perawatan kesehatan yang tidak baik, dapat menyebabkan anak mengalami *stunting* (Hien dan Hoa, 2009).

## 6.2 Implikasi Terhadap Bidang Gizi dan Kesehatan

*Stunting* pada masa baduta bukan hanya menunjukkan kegagalan pertumbuhan saat itu saja tetapi berdampak panjang. Akibat pada masa baduta menurunnya imunitas sehingga anak mudah sakit. Di samping itu anak dengan *stunting* jaringan otaknya sedikit sehingga berdampak pada perkembangan otak dan bisa menyebabkan anak lama mencerna stimulus. Anak-anak yang mengalami *stunting* pada saat dewasa lebih beresiko terkena penyakit degeneratif seperti diabetes mellitus, jantung koroner, hipertensi dan obesitas. Apabila dibiarkan dapat menurunkan produktivitas dan dampak panjangnya akan mempengaruhi kemampuan ekonomi suatu negara (Kemenkes RI, 2016).

Oleh sebab itu dengan adanya deteksi dini terhadap *stunting* dan mengetahui determinan kejadian *stunting* di daerah penelitian, diharapkan dapat diterapkan program-program yang dapat mendukung perbaikan status gizi anak dan upaya-upaya pencegahan *stunting*.

Beberapa implikasi yang dapat diterapkan untuk mencegah *stunting* di Kabupaten TTS yaitu :

1. Peningkatan ketahanan pangan melalui kerjasama lintas sektor. Dalam hal ini adalah sektor pertanian dan peternakan. Dari sektor pertanian, perlu peningkatan penyuluhan oleh tenaga penyuluh pertanian lapangan tentang cara bercocok tanam dengan memanfaatkan pekarangan dan kebun keluarga. Sedangkan dari sektor peternakan dengan melalui pemanfaatan ternak peliharaan keluarga misalnya telur ayam tidak dijual semua tetapi sebagian dapat dimanfaatkan untuk makanan anak dan ibu hamil. Dengan



ketahanan pangan yang kuat dalam keluarga, diharapkan pola makan ibu hamil dan anak menjadi lebih baik baik dari kuantitas maupun kualitas.

2. Peningkatan penyuluhan tentang makanan bergizi ibu hamil sehingga apabila kebutuhan nutrisi ibu hamil tercukupi maka janin yang dikandung akan terpenuhi nutrisinya dan dampaknya dapat mencegah dan mengurangi kejadian BBLR.
3. Pendampingan keluarga yang mempunyai anak beresiko *stunting* dan keluarga dengan ibu hamil oleh kader dan tenaga kesehatan. Kegiatan pendampingan adalah monitoring asupan makanan anak beresiko *stunting* dan ibu hamil. Asupan makanan berupa jumlah, tekstur, frekuensi, variasi makanan. Apabila pola makan ibu hamil baik maka resiko melahirkan anak dengan BBLR akan berkurang. Distribusi makanan anak pun akan dimonitor sehingga asupan makan anak tercukupi baik kualitas maupun kuantitas.

### **6.3 Kelebihan dan Keterbatasan Penelitian**

#### 1. Kelebihan Penelitian

- Melakukan sampling
- Enumerator yang terlatih
- Melakukan kalibrasi alat ukur panjang badan
- Melakukan pengukuran panjang badan 3 kali

#### 2. Keterbatasan Penelitian

Bias responden yaitu penelitian dilakukan pada saat musim tanam di daerah penelitian di mana pada bulan desember sampai januari adalah musim hujan sehingga masyarakat kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) mulai menanam jagung dan kacang-kacangan. Hal ini kemungkinan menyebabkan responden

(ibu baduta) merasa capek dan kurang konsentrasi menjawab pertanyaan enumerator.



## BAB 7

### PENUTUP

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini mengenai faktor resiko kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Determinan kejadian *stunting* pada anak usia 6-23 bulan di Kabupaten TTS adalah berat badan lahir rendah (BBLR) beresiko sebesar 4,845 kali dan jumlah anggota keluarga lebih dari 4 orang beresiko 4,140 kali mengalami *stunting*.
2. Aspek Anak
  - a. Ada hubungan yang signifikan antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting*.
  - b. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pemberian ASI Eksklusif dengan kejadian *stunting*.
3. Aspek Ibu
  - a. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur ibu saat hamil dengan kejadian *stunting*.
  - b. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu dengan kejadian *stunting* .
  - c. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu dengan kejadian *stunting*.
  - d. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tinggi badan ibu dengan kejadian *stunting*.

1. Aspek Keluarga

Ada hubungan yang signifikan antara jumlah anggota keluarga dengan kejadian *stunting*.

5. Aspek Praktek Pemberian MP-ASI

- a. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia pertama pemberian MP-ASI dengan kejadian *stunting*.
- b. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis pemberian MP-ASI pertama dengan kejadian *stunting*.

## 7.2 Saran

1. Perlu adanya intervensi fokus kesehatan ibu dan anak untuk mengurangi risiko bayi dengan berat badan lahir rendah sehingga mengurangi risiko semakin banyaknya anak yang mengalami *stunting*.
2. Perlu meningkatkan promosi kesehatan tentang makanan ibu hamil kepada calon ibu dan ibu hamil sehingga dapat mengurangi kejadian BBLR dengan asupan nutrisi yang baik pada saat hamil.
3. Perlu meningkatkan penyuluhan tentang program Keluarga Berencana.
4. Memperkuat ketahanan pangan keluarga melalui kerja sama lintas sektor.
5. Perlu penelitian lanjutan tentang variabel lain yang tidak terdapat dalam penelitian ini seperti variasi MP-ASI, frekuensi MP-ASI dan jumlah MP-ASI pertama, pemberian makan aktif serta kebersihan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adiana P.P.E dan Karmini N.L. Pengaruh Pendapatan, Jumlah Anggota Keluarga dan Pendidikan Terhadap Pola Konsumsi Rumah Tangga Miskin di Kecamatan Gianyar. *E-Jurnal Ekonomi Pembangunan Udayana*, Nov 2012 : 39-48.
- Agustiningrum T. 2016. Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24-59 Bulan di Wonosari I. Skripsi. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Yogyakarta.
- Almatsier S. 2009. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Angelina C, Perdana A.A, Humairoh. Faktor Kejadian *Stunting* Balita Berusia 6-23 Bulan di Provinsi Lampung. *Jurnal Dunia Kesmas*. Volume 7, Nomor 3. Juli 2018 :127-134
- Anisa P. 2102. Faktor Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 25-60 Bulan di Kelurahan Kalibaru Depok Tahun 2012. Skripsi. Prodi Gizi FKM UI Depok.
- Arisman. 2010. Buku Ajar Ilmu Gizi. Gizi dalam Daur Kehidupan. Edisi 2. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta.
- Asosiasi Dietisien Indonesia, Ikatan Dokter Anak Indonesia, Persatuan Ahli Gizi Indonesia. 2015. Edisi 3. Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.
- Astuti, Kusuma D, Sarbini D, Rakhma L.R. 2016. Hubungan Karakteristik Ibu dan Pola Asuh Gizi dengan Kejadian Balita *Stunted* di Desa Hargorejo Kulon Progo DIY. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Berhanu G, Mekonnen S, Sisay M. 2018. Prevalence of *Stunting* and Associated Factors Among Preschool Children in Ethiopia. *BMC Nutrition* (2018) 4:28.
- Bunaen M.R.H, Wahongan G, Onibala F. Hubungan Sosial Ekonomi Keluarga dengan Status Gizi pada Anak Usia Pra Sekolah 3-5 Tahun di Taman Kanak-Kanak GMIM Baithani Koha. *Ejournal Keperawatan(e-Kp)*, 2013, 1(1): 1-6.
- Candra A, Puruhita N, Susanto JC. Risk Factors of *Stunting* Among 1-2 Years Old Children in Semarang City. *Media Medika Indonesiana* Volume 45, Nomor 3, Tahun 2011 : 206-212.
- Chang S.M, Walker S.P, McGregor S.G, Powell C. A. Early Childhood *Stunting* and Later Fine Motor Abilities. *Developmental Medicine and Child Neurology. Journal Compilation Mac Keith Press* 2010.

- Cruz L.M.G, Azpeltia G.G, Suarez D.R, Rodrigues A.S, Ferrer J.F.L, Majem L.S. Factors Associated with Stunting among Children Aged 0 to 59 Months from the Central Region of Mozambique. *Nutrients*, 2017 May, 9(5) :491.
- Dalimunthe S.M. 2015. Gambaran Faktor-faktor Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24-59 Bulan di Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2010 (Analisis Data Sekunder Riskesdas 2010). Skripsi. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Jakarta
- Depkes RI dan WHO. 2008. Modul Pelatihan Penilaian Pertumbuhan Anak.
- Fajrina N. Hubungan Faktor Ibu dengan Kejadian *Stunting* pada Balita di Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul. Program Studi Bidan Pendidik Jenjang Diploma IV Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, 2016.
- Febriani B. R dan Noer E. R. Faktor Determinan Perilaku Responsive Feeding Pada Balita Stunting Usia 6 - 36 Bulan (Studi Kualitatif Di Wilayah Kerja Puskesmas Halmahera). *Journal of Nutrition College*, Volume 5, Nomor 3, Tahun 2016 (Jilid 1), Halaman 120-129
- Gibson R S. 2005. Principles of Nutritional Assessment. New York. Oxford University Press.
- Global Nutrition Report. 2014. Actions and Accountability to Accelerate the World's Progress on Nutrition. Washington DC.
- Hamzah D.F. 2018. Pengaruh Pemberian ASI Eksklusif Terhadap Berat Badan Bayi Usia 4-6 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Langsa Kota. *Jurnal JUMANTIK* Vol. 3 N0.2 Juni-Nopember 2018 : 8-15.
- Hanum F, Khonsam A, Heryatno Y. Hubungan Asupan Gizi dan Tinggi Badan Ibu dengan Status Gizi Anak Balita. *Jurnal Gizi dan Pangan*, Maret 2014, 9(1):1-6.
- Hien N.N and Kam S. Nutritional Status and the Characteristics Related to Malnutrition in Children Under Five Years of Age in Nghean, Vietnam. *J.Prev Med Public Health*, 2008, 41(4): 232-240.
- Hien N.N and Hoa N.N. Nutritional Status and Determinants of Malnutrition in Children Under Three Years of Age in Nghean Vietnam. *Pakistan Journal of Nutrition*. 2009, Vol8(7): 958-964.
- Ibrahim I A dan Faramita R. Hubungan Faktor Sosial Ekonomi Keluarga dengan Kejadian Stunting Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Kota Makassar Tahun 2014. *Public Health Science Journal*, 2014, VI(2):63-75.
- Indrawati S. 2016. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 2-3 Tahun di Desa Karangrejek Wonosari Gunungkidul. Skripsi. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Aisyiyah Yogyakarta.

- Irwansyah, Ismail D, Hakimi M. Kehamilan Remaja dan Kejadian Stunting Anak Usia 6-23 Bulan di Lombok Barat. *Berita Kedokteran Masyarakat. (BKM Journal of Community Medicine and Public Health)*. Volume 32 Nomor 6 Halaman xx-xx.
- Kasenda I, Marunduh S, Wungouw H. Perbandingan Denyut Nadi antara Penduduk yang Tinggal di Dataran Tinggi dan Dataran Rendah. *Jurnal e-Biomedik*, 2014, 2 (2).
- Kemenkes RI. 2010. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2014. Situasi dan Analisis ASI Eksklusif. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2014. Paket Konseling : Pemberian Makan Bayi dan Anak. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2016. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Infodatin 2016. Situasi Balita Pendek. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2018. Buku Saku Pemantauan Status Gizi Tahun 2017. Jakarta.
- Khasanah N. A dan Sulistyawati W. Karakteristik Ibu dengan Kejadian Gizi Kurang pada Balita 6-24 Bulan di Kecamatan Selat, Kapuas Tahun 2016. *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 2018, 7(1):1-8.
- Khasanah D.P, Hadi H, Paramshanti B.A. Time of Complementary Feeding Introduction was Associated with Stunting in Children 6-23 Months Old in Sedayu Bantul. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*. Vol 4, No.2 Mei 2016 :105-111.
- Kusparlina E.P. Hubungan Antara Umur dan Status Gizi Ibu Berdasarkan Ukuran Lingkar Lengan Atas Dengan Jenis BBLR. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes* Volume VII Nomor 1, Januari 2016 : 21-26.
- Leroy JL, Habicht JP, Gonzalez CT, Ruel M.T. Maternal Education Mitigates the Negative Effects of Higher Income on the Double Burden of Child Stunting and Maternal Overweight in Rural Mexico. *J.Nutr* 2014 May, 144(5): 765-70.
- Lestari W, Rezeki S.H.I, Siregar D.M, Manggabarani S. 2018. Factors Related Without Stunting on Children in Elementary School Sei Renggas West Kisaran Subdistrict Asahan District. *Jurnal Dunia Gizi* Vol 1 No 1 Juni 2018 : 59-64.



- Loya R.R.P dan Nuryanto. Pola Asuh Pemberian Makan pada Balita *Stunting* Usia 6-12 Bulan di Kabupaten Sumba Tengah Nusa Tenggara Timur. *Journal of Nutrition College*, 2017, 6(1): 83-95.
- Meilyasari F. Faktor Resiko Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 12 Bulan di Desa Purwokerto Kecamatan Patebon Kabupaten Kendal. *Journal of Nutrition College*, 2014, 3 (2):16-25.
- Nadiyah, Briawan D, Martianto D. Faktor Risiko *Stunting* pada Anak Usia 0-23 Bulan di Povinsi Bali, Jawa Barat dan Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Gizi dan Pangan* Juli 2014, 9(2): 125-132.
- Nashikah R dan Margawati A. Faktor Risiko Kejasia *Stunting* pada Balita Usia 24-36 Bulan di Kecamatan Semarang Timur. *Journal of Nutrition College* 2012 1(1).
- Nasution D, Nurdianti D.S, Huriyati E. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 6-24 Bulan. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 2014, 11 (1) : 31-37.
- Ni'mah K dan Nadhiroh S.R. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Balita. *Media Gizi Indonesia*, 2015, 10 (1) : 13-19.
- Nur A. dan Marissa N. Riwayat Pemberian Air Susu Ibu dengan Penyakit Infeksi pada Balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 2014, 9(2) : 144-149.
- Nurkomala S, Nuryanto, Panunggal B. Praktik Pemberian MP-ASI(Makanan Pendamping Air Susu Ibu) pada Anak *Stunting* dan Tidak *Stunting* Usia 6-24 Bulan. *Journal of Nutrition College*, 2018, 7(2) : 45-53.
- Oktarina Z dan Sudiarti T. Faktor Risiko *Stunting* pada Balita (24-59 Bulan) di Sumatera. *Jurnal Gizi dan Pangan*, November 2013, 8(3):175-180.
- Paramashanti B.A, Hadi H, Gunawan I. 2016. Pemberian ASI Eksklusif Tidak Berhubungan dengan *Stunting* pada Anak Usia 6-23 Bulan di Indonesia.
- Proverawati A. dan Ismawati Cahyo. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Yogyakarta : Nuha Medika, 2010.
- Puldell R, Pradhan B, Wagle R.R, Pahari D.P, Onta S.R. Risk Factors for *Stunting* Among Children: A Community Based Case Control Study in Nepal. Kathmandu *Uni Med J* 2012,39(3):18-24.
- Rachmat M.2014. Metodologi Penelitian Gizi dan Kesehatan. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta.
- Rahayu A dan Khairiyati L. Risiko Pendidikan Ibu terhadap Kejadian *Stunting* pada Anak 6-23 Bulan (Maternal Education as Risk Factor of *Stunting* of Child 6-23 Months Old). *Penel Gizi Makanan*, Desember 2014, 37(2):129-136.

- Rahayu A, Yulidasari F, Putri A.O, Rahman F. Riwayat Berat Badan Lahir dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia Bawah Dua Tahun. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 2015, 10(2): 67-73.
- Rozali N.A. 2016. Peranan Pendidikan, Pekerjaan Ibu dan Pendapatan Keluarga Terhadap Status Gizi Balita di Posyandu RW 24 DAN 08 Wilayah Kerja Puskesmas Nusukan Kota Surakarta. Skripsi. Fakultas Kedokteran. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rukmana E, Briawan D, Ekayanti E. 2016. Faktor Risiko *Stunting* pada Anak Usia 6-24 Bulan di Kota Bogor. *Jurnal MKMI*. Vol 12 No.3 September 2016 : 192-199.
- Stewart C.P, Iannotti L, Dewey K.G, Michaelsen K.F, Onyango A.W. Contextualising Complementary Feeding in a Broader Framework for *Stunting* Prevention. *Maternal and Child Nutrition*, 2013, 9(2): 27-45.
- Supariasa I.D.W, Bakri B, Fajar I. 2014. Penilaian Status Gizi. Edisi 2. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta.
- Supriyanto Y, Paramshanti BA, Astiti D. 2017. Berat Badan Lahir Rendah Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 6-23 Bulan. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia* Vol 5, No. 1. 2017 : 23-30.
- Teshome B, Makau W.K, Getahun Z, Taye G. Magnitude and Determinants of *Stunting* in Children Under-five years of Age in Food Surplus Region of Ethiopia : The case of West Gojam Zone. *Ethiop.J Health Dev*, 2009, 23(2): 98-106.
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2017. 100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (*Stunting*). Jakarta.
- UNICEF. 2009. Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition a Survival and Development Priority. New York. USA
- UNICEF. 2013. Improving Child Nutrition : The Achievable Imperative for Global Progress. New York.
- Utina J, Palamani S, Tamunu E. Hubungan Antara Status Bekerja Ibu Dengan Pencapaian Tumbuh Kembang Anak Usia Batita di Kelurahan Maasing Kecamatan Tuminting Kota Manado. *JUIPERDO*, Vol 1 No. 1 Maret 2012 : 18-22.
- WHO. 2010. Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicators. Geneva.
- WHO. 2014. WHA Global Nutrition Targets : *Stunting* Policy Brief.
- Widyawati, Febry F, Destriatania. 2016. Analisis Pemberian MP-ASI dengan Status Gizi Pada Anak Usia 12-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas

Lesung Batu, Empat Lawang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Juli 2016, 7(2):139-149.

Wirawan N.N, Rahmawati W, Muslihah N, Habibie I. Y, Wilujeng C.S, Purwestri R.C dkk. 2017. *Buku Ajar Metode Perencanaan Intervensi Gizi di Masyarakat*. UB Press. Malang.



Lampiran 1

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Selfiana Mercy Selan

NIM : 175070309111006

Program Studi: Program Studi Ilmu Gizi

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang,

METERAI  
TEMPEL

63A63AFF707183006

6000  
ENAM RIBURUPIAH

(Selfiana Mercy Selan)

NIM. 175070309111006

UNIVERSITAS BRAWIJAYA





**LAMPIRAN 3**

**FORMULIR PENAPISAN  
(SCREENING FORM)**

1	Nama Kabupaten	_____	7	Nama Kepala keluarga	_____
2	Nama Kecamatan	_____	8	Nama ibu	_____
3	Nama Desa	_____	9	Nama baduta	_____
4	Nama Dusun	_____	10	Jenis kelamin	_____
5	Nama Posyandu	_____	11	Tanggal kunjungan	____/____/____
6	Alamat	_____			

Pertanyaan penapisan					
12	Tanggal lahir	____/____/____	17	Pengukuran panjang badan	_____
13	Usia	_____	18	PB/U Z-skor	_____
14	Kategori umur	(6-11.9 bulan/ 12-23.9 bulan) _____	19	Kategori stunting (normal/stunting)	_____
15	Tempat anak dilahirkan	Rumah/Puskesmas/RS _____	20	Apakah anak mempunyai buku KIA	Ya/tidak _____
16	Apakah saat ini anak sudah mengonsumsi MP-ASI?	Ya/Tidak _____	21	Kapan terakhir anak menimbang berat badan	_____ bulan yang lalu
	Apakah anak ibu pernah mengalami penyakit dibawah ini dari sejak lahir sampai sekarang		22	Melakukan penimbangan BB/PB dalam 3 bulan terakhir	Ya/tidak _____

No	Jenis Penyakit	Ya/Tidak
1	TBC	
2	ISPA (batuk, pilek)	
3	Malaria	

**KESIMPULAN: Apakah memenuhi kriteria inklusi?**

No	Item	Ya (V)
1	Usisa 6- 23.9 bulan?	
2	Sudah mengonsumsi MP-ASI	
3	Kategori stunting (kelompok kasus) dan normal	



	(kelompok kontrol)	
4	Melakukan penimbangan dalam 3 bulan terakhir	
5	Tidak sedang terdiagnosa TBC	





**KUESIONER DETERMINAN STUNTING ANAK USIA 6-23 BULAN  
DI KABUPATEN TIMOR TENGAH SELATAN**

<b>A. INFORMASI UMUM</b>		Jam mulai wawancara _____		Selesai wawancara _____	
1	ID dan Nama Enumerator	_____			
2	Tanggal Wawancara	____/____/____			
3	Provinsi dan Kabupaten	NUSA TENGGARA TIMUR		Timor Tengah Selatan	
4	KECAMATAN	____	DESA	____	_____
5	DUSUN	____	POSYANDU	____	_____
6	ID Rumah Tangga	____	6. ID dan Nama Responden (Ibu balita)	____	_____
7	ID dan Nama ANAK BADUTA	_____			
8	Umur ANAK BADUTA	____	Bulan	9. Kategori kelompok	____ <i>Kode: 1= usia 6.00-11.99; 2= usia 12.00-23.99</i>
9	Nama dan Jenis Kelamin Kepala Keluarga	_____		____	<i>Kode: 1=laki-laki; 2 perempuan</i>
10	Informed consent sudah dibaca dan ditandatangani?	____ <i>Kode: 0 = Belum; 1 = Ya</i>			
11	Bahasa saat wawancara	_____			
12	ALAMAT (Jalan, nomer rumah RW/RT, Desa, Kecamatan, telepon rumah/Hp)	_____			
Editor Lapang		____	TTD _____	TGL _____	Supervisor
		____	TTD _____	TGL _____	_____
<b>ANAK</b>					
Berat Badan anak - Kg (00,00) <i>(pengukuran III dilakukan jika beda I &amp; II = 0,1 Kg)</i>	I	____	____	____	____
	II	____	____	____	____
	III	____	____	____	____
	Rata2	____	____	____	____
Panjang Badan anak - Cm (000,0) <i>(pengukuran III dilakukan jika beda I &amp; II = 0,5 cm)</i>	I	____	____	____	____
	II	____	____	____	____
	III	____	____	____	____
	Rata2	____	____	____	____
LILA anak <i>(pengukuran III dilakukan jika beda I &amp; II = 0,5 cm)</i>	I	____	____	____	____
	II	____	____	____	____
	III	____	____	____	____
	Rata2	____	____	____	____

**B. Data Demografi dan Sosial Ekonomi**

13	Tanggal lahir anak BADUTA	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	Jenis Kelamin anak BADUTA	<input type="text"/>	Kode: Laki-laki=1; Perempuan = 2	15.	Umur Ibu kandung anak saat ini	<input type="text"/>	<input type="text"/>	tahun	
16	Hubungan responden dan anak baduta	<input type="text"/>	Kode : 1=ibu, 2= nenek, 3=pengasuh/PRT, 4=lainnya, Sebutkan						
17	Status Pernikahan ibu kandung anak	<input type="text"/>	Kode : 1=Belum menikah , 2= Saat ini menikah; 3= Janda						

18	Jumlah <b>anggota keluarga</b> dalam satu rumah tangga (orang yang makan bersama dalam satu dapur dan telah tinggal bersama ≥ 3 bulan)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	orang
19	Jumlah anak <b>usia 0 – 6 bulan</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Jumlah anak <b>usia &gt; 6 – 24 bulan</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Jumlah anak <b>usia &gt; 2 – 5 tahun</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Jumlah anak <b>usia &gt; 5 – 12 tahun</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
20	Pendidikan terakhir Ibu dan Bapak	0=tidak pernah sekolah 1=sekolah non formal (pesantren/kejar paket) 2=tidak tamat SD/MI 3=tamat SD/MI 4=tamat SMP/MTS 5=tamat SMA/MAN 6=tamat diploma 1/2/3 7=tamat sarjana 8=tamat S2/S3	Ibu <input type="text"/> Bapak <input type="text"/>	
21	Pekerjaan utama Ibu dan Bapak	01=tidak bekerja/ibu rumah tangga 02=petani 03=buruh harian (buruh tani, buruh bangunan) 04=buruh (buruh pabrik, PRT) 05=pegawai negeri sipil/TNI/Polri 06=pensiunan 07=pegawai swasta 08=pedagang/pemjual 09=supir 10=ojek 11=TKI 12=lainnya, Bapak _____, ibu _____	Ibu <input type="text"/> Bapak <input type="text"/>	
22	Lama tinggal di desa ini	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TAHUN

**C KONDISI RUMAH DAN LINGKUNGAN**

23	Pemilikan Rumah	1 = rumah sendiri 2 = rumah sewa 3 = rumah keluarga (tinggal bersama)	<input type="text"/>
24	Jenis Rumah (berdasarkan hasil observasi enumerator)	1 = permanen (batu bata) 2 = semi permanen (sebagian batu bata) 3 = triplek/kayu 4 = lainnya, _____	<input type="text"/>
25	Bahan lantai (berdasarkan hasil observasi enumerator)	1 = tanah 2 = semen 3 = kayu 4 = keramik/marmer 5 = lainnya, _____	<input type="text"/>
26	Jenis bahan bakar yang digunakan untuk memasak?	1 = LPG 2 = minyak tanah 3 = listrik 4 = kayu 5 = lainnya, _____	<input type="text"/>
27	Tempat BAB (tanyakan pada responden dan klarifikasi dengan hasil observasi enumerator)	1 = kakus/WC tertutup (model angsa) 2 = kakus/WC terbuka (jamban cemplung) 3 = sungai/kolam/empang 4 = semak/tempat terbuka 5 = lainnya _____	<input type="text"/>

28	Tempat buang sampah	1 = dibuang ke got/sungai 2 = dibakar 3 = dikubur 4 = lainnya, _____	<input type="checkbox"/>
29	Sumber Air untuk minum keluarga	1 = air kemasan 2 = air isi ulang 3 = air ledeng/PDAM 4 = sumur bor/pompa 5 = sumur gali tidak terlindungi 6 = mata air 7 = penampungan air hujan 8 = lainnya, _____	<input type="checkbox"/>
30.	Hal yang dilakukan untuk membuat air minum aman dikonsumsi keluarga	<input type="checkbox"/>	Kode: 0=langsung diminum, 1= dimasak, 2=penyaring air minum, 3=lainnya sebutkan _____

**Kepemilikan Aset, Pendapatan, dan Pengeluaran Rumah**

31	Kepemilikan rumah tangga terhadap barang-barang di bawah ini		Kode : 0 = tidak, 1 = ya		
	a. Listrik	<input type="checkbox"/>	f. Sepeda motor	<input type="checkbox"/>	
	b. Radio	<input type="checkbox"/>	g. Sawah/kebun produktif	<input type="checkbox"/>	
	c. Televisi	<input type="checkbox"/>	h. Hewan ternak (Sapi, kambing, dll)	<input type="checkbox"/>	
	d. Handphone	<input type="checkbox"/>	i. Tabungan/deposit	<input type="checkbox"/>	
	e. Kulkas	<input type="checkbox"/>	j. Perhiasan/emas	<input type="checkbox"/>	
32	Rata-rata pendapatan keluarga dalam satu bulan pada 3 bulan terakhir (gaji/upah/penjualan hasil sawah/kebun/ternak/kiriman anggota keluarga lain, dll)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RUPIAH
33	Rata-rata pengeluaran keluarga dalam satu bulan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RUPIAH
	a. Makanan/minuman termasuk susu dan snack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**D. RIWAYAT KEHAMILAN IBU DAN KELAHIRAN ANAK**

No	Pertanyaan	Kategori	Kode	Kode
34	Anak ini (sebutkan nama anak), kehamilan ke berapa dan anak urutan berapa	Kehamilan ke	<input type="text"/>	Anak ke <input type="text"/>
35	Berapa kali ibu pernah melahirkan anak	Kali	<input type="text"/>	<input type="text"/>
36	Berapa kali ibu yang melahirkan anak dengan jarak kelahiran < 2 tahun (24 bulan)?	Kali	<input type="text"/>	<input type="text"/> kali
37	Umur ibu saat melahirkan anak ini	Tahun	<input type="text"/>	<input type="text"/>
38	Berat badan ibu sebelum hamil anak ini	Kg	<input type="text"/>	<input type="text"/> kg
39	Tinggi Badan ibu (cm)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
40	Saat melahirkan ANAK ini (sebutkan nama anak), berapa usia kehamilan ibu (MINGGU KEHAMILAN)	MINGGU	<input type="text"/>	<input type="text"/>
41	Apakah IBU ini mengalami sakit dibawah ini selama kehamilan (SEBUTKAN SATU PERSATU) Kode : 0= Tidak, 1=Ya			
	Anemia (kurang darah)	<input type="checkbox"/>		
	Hipertensi	<input type="checkbox"/>		
	Kaki membengkak	<input type="checkbox"/>		
	Diare	<input type="checkbox"/>		
	Malaria	<input type="checkbox"/>		
	Demam Berdarah	<input type="checkbox"/>		
42	Berat badan lahir (gram)	Sumber informasi BB lahir	<input type="checkbox"/>	1=berdasarkan catatan, 2= berdasarkan ingatan ibu, 3= lupa/tidak tahu
43	Panjang badan lahir (cm)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
44	Siapa yang membantu melahirkan (PALING UTAMA)		01 = Bidan 02 = Dokter 03 = Dukun Bayi 04 = lainnya, sebutkan _____	<input type="text"/>
45	Tempat melahirkan		01 = Rumah Sakit 02 = Puskesmas/klinik 03 = Rumah 04 = Rumah Bidan 07 = lainnya, sebutkan _____	<input type="text"/>



		03 susu formula 04 susu lainnya selain ASI (susu sapi segar, SKM, susu kedelai) 77 lainnya sebutkan _____ 88 Hanya ASI saja dan belum diberikan apapun sejak 3 hari melahirkan atau sudah diberikan makanan/minuman selain ASI dalam 3 hari pertama (N/A) 99 tidak tahu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b><u>Sekarang Kita mau berbicara tentang menyusui ASI anak ibu KEMARIN</u></b>			
61	Apakah <b>kemarin</b> Anak ibu ini diberi ASI (menyusui?)	01 Ya 02 Tidak - LANJUT KE NOMER 64 99 Tidak Tahu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62	<b>Kemarin</b> , apakah Anak Ibu ini minum ASI dari cangkir atau botol?	01 Ya 02 Tidak 88 tidak diberi ASI kemarin (N/A) 99 Tidak Tahu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63	<b>Kemarin</b> , apakah Anak Ibu minum ASI, kapanpun yang dia inginkan atau ada jadwal tertentu yang tetap?	01 Kapanpun anak menginginkan 02 Sesuai jadwal yang pasti 88 tidak diberi ASI kemarin (N/A) 99 Tidak tahu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
64	Jika <b>kemarin</b> tidak menyusui, apakah saat ini ibu masih menyusui (memberikan ASI) pada anak ini? Jika tidak tanyakan alasannya	01 Ya - LANJUT KE NOMER 65 02 Tidak, alasan _____ 99 Tidak tahu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
65	Jadi, <b>sampai ANAK usia 6 bulan</b> , apakah ANAK Ibu hanya minum ASI saja atau pernah minum atau makan selain ASI?	01 Ya 02 Tidak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b><u>Sekarang Kita mau berbicara tentang makanan semi padat atau padat yang diberikan pada anak</u></b>			
66	Secara umum, bagaimana nafsu anak Ibu ini saat sehat <b>(Baca pilihan yang ada satu per satu)</b>	01 Makan terlalu banyak 02 Makan seperti biasanya 03 Makan sedikit 88 Anak tidak mengkonsumsi Makanan padat/minum ASI saja (N/A) 99 Tidak tahu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
67	Pada umur berapa anak Ibu ini pertama kali mengkonsumsi <b>makanan padat/semi-padat</b> ? (makanan yang padat bukan sop/air tajin/air daging/bubur encer/berair) jika kurang dari 1 bulan, tanyakandalam hari dan tuliskan	Tuliskan umur dalam <b>BULAN</b> 00 kurang dari 1 bulan, _____ hari 88 belum diberi makanan semi padat atau padat atau hanya minum ASI saja 99 tidak tahu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Tuliskan jenis makanan pertama kali		



<b><i>Sekarang Kita mau berbicara tentang makanan yang diberikan pada ANAK KEMARIN</i></b>			
68	<b>Kemarin</b> , adakah <u>cairan selain ASI</u> yang diberikan pada anak? <b>(jika jawaban lebih dari satu, tuliskan pada lainnya, dan sebutkan)</b>	01 tidak ada 02 teh 03 air termasuk air gula 04 susu formula untuk bayi 05 susu selain ASI (susu sapi segar, SKM, susu kedelai) 07 lainnya sebutkan _____ 09 tidak tahu	<input type="checkbox"/>
69	<b>Kemarin</b> , apakah anak ibu minum apapun dari <b>botol dot</b> ?	01 Ya 02 Tidak 09 Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
70	<b>Kemarin</b> , apakah anak Ibu mengkonsumsi <b>makanan padat atau semi padat</b> , sebutkan	01 Ya 02 Tidak - LANJUT KE NOMER 78 08 Anak belum konsumsi makanan padat atau semi padat (N/A) - LANJUT KE NOMER 78 09 Tidak tahu Jenis _____	<input type="checkbox"/>
<b><i>Sekarang Kita mau berbicara tentang bagaimana ANAK ibu kemarin makan saat makan utama (main meal)</i></b>			
71	<b>Kemarin</b> , saat makan utama, apakah anak Ibu makan semua makanan yang seharusnya dimakan? jika TIDAK tanyakan alasannya	01 Ya 02 Tidak 09 Tidak tahu Alasan tidak _____	<input type="checkbox"/>
72	<b>Kemarin</b> , saat makan utama (pagi/siang/malam), apakah Ibu melakukan sesuatu untuk <b>mendorong anak ibu makan</b>	01 Ya 02 Tidak - LANJUT KE NOMER 74	<input type="checkbox"/>
73	Apakah yang ibu lakukan? <b>(catat semua jawaban ibu, dan klasifikasikan, jawaban lebih dari satu memungkinkan)</b>	Jawaban ibu _____ 01 menawarkan makanan/minuman lain 02 mendorong makan secara lisan 03 makan dengan alat peragaa baik menggunakan mainan atau tidak 04 memaksa anak untuk makan 05 orang lain membantu menyuapi anak 06 bentuk dorongan lain, _____ 09 tidak tahu	<input type="checkbox"/>
74	<b>Kemarin</b> , selama makan utama ketika anak Ibu makan, apakah Ibu berbicara dengan nva?	01 ya 02 Tidak - LANJUT KE NOMER 76 09 Tidak tahu - LANJUT KE NOMER 76	<input type="checkbox"/>
75	Apakah yang ibu katakan pada anak ibu saat itu? <b>(catat semua jawaban ibu, dan klasifikasikan, jawaban lebih dari satu memungkinkan)</b>	Jawaban ibu _____ 01 memerintah anak untuk makan 02 memuji anak 03 menanyakan anak dengan pertanyaan 04 berbicara tentang makanan 05 mengancam anak 06 Berbicara dengan anak bahwa ibu suka makanan ini 07 memberikan hadiah pada anak 08 berbicara tentang hal lain 09 tidak tahu	<input type="checkbox"/>
76	<b>Kemarin</b> , selama makan utama, apakah anak ibu makan sendiri baik dengan tangan atau sendok?	01 Ya 02 Tidak - LANJUT KE NOMER 78 09 Tidak tahu - LANJUT KE NOMER 78	<input type="checkbox"/>
77	<b>Kemarin</b> , saat makan utama, apakah anak <b>makan sendiri</b> sepanjang waktu, separuh waktu atau sebagian kecil waktu?	01 sepanjang waktu 02 Separuh waktu makan 03 Sebagian kecil waktu 04 disuapi oleh ibu/pengasuh 09 Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
<b><i>Sekarang Kita mau berbicara tentang cairan atau makanan yang diberikan pada anak ibu saat sakit terakhir kali</i></b>			
78	Saat anak Ibu <b>sakit</b> terakhir kali, apakah ibu memberikan ASI yang kurang, lebih, atau sama dengan saat anak sehat? <b>(tanyakan alasannya jika "kurang")</b>	01 kurang karena anak tidak mau 02 kurang, karena keputusan ibu 03 lebih 04 sama 05 Anak tidak pernah menyusui atau anak menyusui sampai sebelum sakit terakhir 08 anak tidak pernah sakit 09 tidak tahu	<input type="checkbox"/>
79	Saat anak Ibu sakit terakhir kali, apakah ibu memberikan <b>cairan selain ASI</b> yang kurang, lebih, atau sama dengan saat anak sehat? <b>(tanyakan alasannya jika "kurang")</b>	01 kurang karena anak tidak mau 02 kurang, karena keputusan ibu 03 lebih 04 sama 08 anak tidak pernah minum cairan selain ASI 09 tidak tahu	<input type="checkbox"/>
80	Saat anak Ibu sakit terakhir kali, apakah ibu memberikan <b>makanan</b> yang kurang, lebih, atau sama dengan saat anak	01 kurang karena anak tidak mau 02 kurang, karena keputusan ibu	<input type="checkbox"/>

	sehat? (tanyakan alasannya jika "kurang")	03 lebih 04 sama 88 anak tidak pernah makan 99 tidak tahu	<input type="checkbox"/>
81	Setelah sakit berakhir, apakah ibu memberikan makanan yang kurang, lebih, atau sama dengan saat anak sehat? (tanyakan alasannya jika "kurang")	01 kurang karena anak tidak mau 02 kurang, karena keputusan ibu 03 lebih 04 sama 99 tidak tahu	<input type="checkbox"/>

### F. Kondisi Ibu

Berikut ini beberapa hal yang ibu rasakan atau lakukan dalam 1 minggu terakhir, dan berapa lama hal itu terjadi

No	Pertanyaan	Kategori Kode	Kode
1	Saya terganggu oleh hal-hal yang biasanya tidak mengganggu saya (kasus mendengar radio tidak masalah, namun beberapa hari saya terganggu dengan suara radio yang disetel oleh tetangga/anggota keluarga)	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
2	Saya tidak mau makan, nafsu makan saya menurun	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
3	Saya tidak bisa menghilangkan rasa gelisah yang tidak jelas (setelah melahirkan atau mengurus anak) bahkan dengan bantuan teman atau anggota keluarga	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
4	Saya merasa sama baiknya dengan orang lain	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
5	Saya kesulitan menjaga pikiran saya tentang apa yang saya kerjakan (saya merasa pesimis tentang semua apa yang saya kerjakan)	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
6	Saya merasa tertekan	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
7	Saya merasa bahwa semua yang saya lakukan adalah sebuah usaha	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
8	Saya mempunyai harapan atau impian di masa depan	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
9	Saya merasa hidup saya telah gagal	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
10	Saya merasa takut	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
11	Tidur saya gelisah	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
12	Saya merasa bahagia	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
13	Saya kurang berbicara seperti biasanya (pendiam)	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>



14	Saya merasa sendiri	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
15	Orang-orang disekitar ibu tidak ramah/marah	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
16	Saya menikmati hidup	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
17	Saya menangis	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
18	Saya merasa sedih	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
19	Saya merasa orang tidak suka saya	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>
20	Saya tidak pernah pergi ke luar rumah untuk jalan2	1= beberapa hari (1-2 hari) 2= kadang-kadang (3-4 hari) 3= sebagian besar hari (5-7 hari) 4=jarang atau tidak pernah (kurang dari 1 hari)	<input type="checkbox"/>

**G. 24-Recall dan Food Frequency Questionnaire**

No	Pertanyaan	Kategori Kode	Kode
1	Apakah kemarin anak ibu minum ASI?	0 = Tidak 1= Ya	<input type="checkbox"/>
2	Apakah kemarin merupakan hari libur nasional?	0 = Tidak 1= Ya	<input type="checkbox"/>
3	Apakah kemarin ada hajatan di rumah ibu?	0 = Tidak 1= Ya	<input type="checkbox"/>
4	Apakah kemarin, anak ibu demam, batuk atau diare?	0 = Tidak 1= Ya	<input type="checkbox"/>

**24 hour recall**

Waktu Makan	Nama Makanan	Bahan Makanan	UKURAN RUMAH TANGGA	GRAM
SEBELUM MAKAN PAGI	ASI *			
	Snack/kue/minuman lain/suplemen vitamin			
MAKAN PAGI				
SETELAH MAKAN PAGI	ASI			
	Snack/kue/minuman lain/suplemen vitamin			
MAKAN SIANG				
SETELAH	ASI			

MAKAN SIANG				
	Snack/kue/minuman lain/suplemen vitamin			
MAKAN MALAM				
SETELAH MAKAN MALAM	ASI			
	Snack/kue/minuman lain/suplemen vitamin			

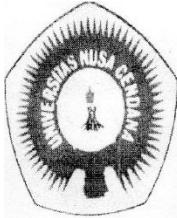
\*) ASI : tuliskan frekuensi dan rata-rata lama menyusui dalam menit

5	Dari hasil 24 hour recall diatas, enumerator membuat ringkasan informasi. <b>TIDAK PERLU DIBACAKAN/DITANYAKAN KEPADA RESPONDEN.</b> Untuk nomer g – m tuliskan 0 = tidak, 1 = ya		
	a. Frekuensi makan utama (kali)		
	b. Frekuensi makan snack/kue (kali)		
	c. Frekuensi minum ASI selama 24 jam		
	d. Frekuensi minum cairan selain ASI		
	e. Frekuensi konsumsi LNS “gizi sehat”		
	f. Frekuensi konsumsi biskuit fortifikasi		
	g. Anak mengkonsumsi makanan seperti roti, mie, nasi, biskuit atau bahan lain dari gandum, beras, sorgum		
	h. Anak mengkonsumsi makanan dengan bahan kacang-kacangan (tempe, tahu, kacang dll)		
	i. Anak mengkonsumsi makanan berbahan susu (susu cair, makanan semi padat, keju, dll)		
	j. Anak mengkonsumsi makanan berbahan daging, unggas, ikan, hati dan organ lainnya		
	k. Anak mengkonsumsi telur		
	l. Anak mengkonsumsi buah atau sayur sumber vitamin A (wortel, tomat, papaya, mangga. Dll)		
	m. Anak mengkonsumsi buah atau sayur lainnya		
	n. Anak mengkonsumsi makanan pabrik yang difortifikasi Fe khusus untuk bayi		

No	Pertanyaan	Jawaban
	Apa yang dikonsumsi keluarga Ibu kemarin (tanyakan satu per satu dan isi 1 jika ya dan 0 jika tidak)	
1	Roti, nasi, mie, biskuit atau bahan lain dari gandum, beras, sorgum	
2	Kentang, Singkong, ketela atau makanan lain dari umbi-umbian	
3	Konsumsi sayuran apapun	
4	Konsumsi buha-buahan	
5	Daging-dagingan (Sapi/kambing, ayam/bebek, jeroan dll)	
6	Telur (jenis apapun)	
7	Ikan segar atau ikan kering	
8	Makanan dengan bahan kacang-kacangan	
9	Keju, yogurt, susu atau produk susu lainnya	
10	Makanan dengan minyak, lemak, atau butter	
11	Gula atau madu	
12	Kopi/teh	

❖ semua pertanyaan apakah sudah ditanyakan dan dicatat jawaban/informasinya

Pewawancara    Editor    Supervisor



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS NUSA CENDANA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**

Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu  
JL. Adisucipto Penfui Kotak Pos, 104 Kupang 85001, NTT Tlp. 881972; Fax.0380881972  
website <http://www.undana.ac.id> E-mail:meufkundana@co.id

**LEMBAR KEPUTUSAN**

Nomor : 03/UN15.16/KEPK/2019

Judul Penelitian : **Faktor Resiko Kejadian Stunting Anak Usia 6-23 Bulan di Kabupaten Timor Tengah Selatan**

Nama Peneliti : **Selfiana Mercy Selan**


No. Register 

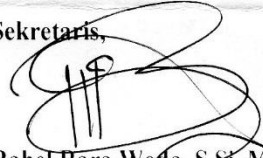
U	N	0	2	1	8	1	2	8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

A	Rangkuman penilaian oleh <i>reviewers</i> : -
B	Perlu full board : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak a. Ya ( terus ke C) b. Tidak ( terus ke D)
C	Catatan Rapat Etik ( Full Board): <b>Pemeriksaan dilakukan secara Expedited</b> Tgl/bulan/tahun: <b>11 Januari 2019</b> Tindak Lanjut/ Catatan Rapat Etik Dikirimkan kembali ke yang bersangkutan dengan tembusan kepimpinan instansi
D	Hasil Penilaian <input type="checkbox"/> a. Disetujui <input checked="" type="checkbox"/> b. Disetujui dengan sedikit perubahan tanpa perubahan substansi (lihat lembaran pertimbangan / saran / petunjuk) <input type="checkbox"/> c. Disetujui dengan perubahan substansi (lihat lembaran pertimbangan / saran / petunjuk) <input type="checkbox"/> d. Ditunda untuk beberapa alasan (lihat lembaran pertimbangan / saran / petunjuk) <input type="checkbox"/> e. Tidak dapat disetujui dengan beberapa alasan (lihat lembaran pertimbangan / saran / petunjuk)
E	Penugasan pengawasan jalannya penelitian di lapangan untuk yang berisiko sedang – berat, mengobservasi apakah ada penyimpangan etik (tuliskan nama anggota komisi etik yang ditunjuk oleh rapat) : -

Kupang, 14 Januari 2019

**Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Undana**

  
Ketua  
**dr. Desi Indria Rini, M.Biomed**  
NIP. 19800130 200801 2 015

  
Sekretaris,  
**Rahel Rara Woda, S.Si., MKM**  
NIP. -





KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS NUSA CENDANA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu  
JL. Adisucipto Penfui Kotak Pos, 104 Kupang 85001, NTT Tlp. 881972; Fax.0380881972  
website <http://www.undana.ac.id> E-mail: [meufkundana@co.id](mailto:meufkundana@co.id)

**REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK**  
Nomor : 03/UN15.16/KEPK/2019

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Nusa Cendana, setelah melalui pembahasan dan penilaian, pada rapat tertanggal 21 Januari 2019 telah memutuskan protokol penelitian berjudul :

**“Faktor Resiko Kejadian Stunting Anak Usia 6-23 Bulan  
di Kabupaten Timor Tengah Selatan“**

dengan Peneliti Utama : **Selfiana Mercy Selan**

No. Register

U	N	0	2	1	8	1	2	8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

yang diterima pada tanggal : 10 - 12 - 2018


Perbaikan diterima tanggal : 18 - 01 - 2019

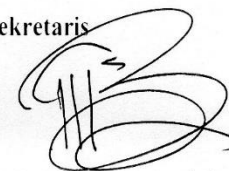
**dapat disetujui untuk dilaksanakan di Kabupaten Timor Tengah Selatan.** Persetujuan Etik ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol.

Pada akhir penelitian, peneliti **harus menyerahkan laporan perkembangan dan laporan akhir penelitian** kepada KEPK Fakultas Kedokteran Undana. Jika ada perubahan protokol dan/atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian.

Kupang, 22 Januari 2019

**Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Undana**

  
**Ketua**  
**dr. Desi Indria Rini, M.Biomed**  
NIP. 19800130 200801 2 015

  
**Sekretaris**  
**Rahel Rara Woda, S.Si., MKM**  
NIP. -

LAMPIRAN 6

DOKUMENTASI PENELITIAN





**Lampiran 7**

**Output Analisa Statistik**

**Analisis Univariat**

**Umur Anak**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	6-8 bulan	5	14.7	14.7	14.7
		9-11 bulan	5	14.7	14.7	29.4
		12-23 bulan	24	70.6	70.6	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	6-8 bulan	4	11.8	11.8	11.8
		9-11 bulan	5	14.7	14.7	26.5
		12-23 bulan	25	73.5	73.5	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

**Jenis Kelamin Anak**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	Laki-Laki	17	50.0	50.0	50.0
		Perempuan	17	50.0	50.0	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	Laki-Laki	17	50.0	50.0	50.0
		Perempuan	17	50.0	50.0	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

**Pendidikan Ayah**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	rendah	12	35.3	35.3	35.3
		tinggi	22	64.7	64.7	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	rendah	17	50.0	50.0	50.0



tinggi	17	50.0	50.0	100.0
Total	34	100.0	100.0	

**Pekerjaan Bapak**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	tidak bekerja	1	2.9	2.9	2.9
		bekerja	33	97.1	97.1	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	tidak bekerja	1	2.9	2.9	2.9
		bekerja	33	97.1	97.1	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

**Status Gizi PB/U**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	34	50.0	50.0	50.0
	Stunting	34	50.0	50.0	100.0
Total		68	100.0	100.0	

**Berat Badan Lahir Anak**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	Normal	30	88.2	88.2	88.2
		BBLR	4	11.8	11.8	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	Normal	23	67.6	67.6	67.6
		BBLR	11	32.4	32.4	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

**Umur Ibu Saat Hamil**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	Normal	31	91.2	91.2	91.2
		Beresiko	3	8.8	8.8	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	Normal	26	76.5	76.5	76.5
		Beresiko	8	23.5	23.5	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

**Riwayat Pemberian ASI Eksklusif**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	ASI Eksklusif	30	88.2	88.2	88.2
		Tidak ASI Eksklusif	4	11.8	11.8	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	ASI Eksklusif	31	91.2	91.2	91.2
		Tidak ASI Eksklusif	3	8.8	8.8	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

**Pekerjaan Ibu**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	tidak bekerja	31	91.2	91.2	91.2
		Bekerja	3	8.8	8.8	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	tidak bekerja	31	91.2	91.2	91.2
		Bekerja	3	8.8	8.8	100.0

**Umur Anak**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	6-8 bulan	5	14.7	14.7	14.7
		9-11 bulan	5	14.7	14.7	29.4
		12-23 bulan	24	70.6	70.6	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	6-8 bulan	4	11.8	11.8	11.8
		9-11 bulan	5	14.7	14.7	26.5
		12-23 bulan	25	73.5	73.5	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

**Riwayat Pendidikan Ibu**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	Rendah	9	26.5	26.5	26.5
		Tinggi	25	73.5	73.5	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	Rendah	14	41.2	41.2	41.2
		Tinggi	20	58.8	58.8	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

**Tinggi Badan Ibu**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	Normal	18	52.9	52.9	52.9
		Pendek	16	47.1	47.1	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	Normal	13	38.2	38.2	38.2
		Pendek	21	61.8	61.8	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

**Jumlah Anggota Keluarga**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	Besar	8	23.5	23.5	23.5
		Cukup	26	76.5	76.5	100.0
		Total	34	100.0	100.0	
Stunting	Valid	Besar	17	50.0	50.0	50.0
		Cukup	17	50.0	50.0	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

**Usia Mendapatkan MP-ASI Pertama Kali**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	<6 bulan	3	8.8	10.3	10.3
		>= 6 bulan	26	76.5	89.7	100.0
		Total	29	85.3	100.0	
	Missing	System	5	14.7		
	Total		34	100.0		
Stunting	Valid	<6 bulan	2	5.9	6.7	6.7
		>= 6 bulan	28	82.4	93.3	100.0
		Total	30	88.2	100.0	
	Missing	System	4	11.8		
	Total		34	100.0		

**Jenis MP-ASI yang Diberikan Pertama Kali**

Kategori PB/U			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Normal	Valid	Sesuai rekomendasi	22	64.7	64.7	64.7
		Tidak sesuai rekomendasi	12	35.3	35.3	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

Stunting	Valid	Sesuai rekomendasi	26	76.5	76.5	76.5
		Tidak sesuai rekomendasi	8	23.5	23.5	100.0
		Total	34	100.0	100.0	

**Analisis Bivariat**

**1. Hubungan Antara Berat Badan Lahir dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur pada Baduta**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori Berat Badan Lahir Anak * Kategori PB/U	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

**Kategori Berat Badan Lahir Anak \* Kategori PB/U Crosstabulation**

			Kategori PB/U		Total
			Normal	Stunting	
Kategori Berat Badan Lahir Anak	Normal	Count	30	23	53
		% within Kategori Berat Badan Lahir Anak	56.6%	43.4%	100.0%
	BBLR	Count	4	11	15
		% within Kategori Berat Badan Lahir Anak	26.7%	73.3%	100.0%
Total		Count	34	34	68
		% within Kategori Berat Badan Lahir Anak	50.0%	50.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.191 <sup>a</sup>	1	.041		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.079	1	.079		

Likelihood Ratio	4.324	1	.038		
Fisher's Exact Test				.077	.039
Linear-by-Linear Association	4.130	1	.042		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori Berat Badan Lahir Anak (Normal / BBLR)	3.587	1.011	12.731
For cohort Kategori TB/U = Normal	2.123	.888	5.075
For cohort Kategori TB/U = Stunting	.592	.384	.913
N of Valid Cases	68		

**2. Hubungan Antara Umur Ibu Saat Hamil dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur pada Baduta**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori umur ibu saat hamil * Kategori PB/U	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

**Kategori umur ibu saat hamil \* Kategori PB/U Crosstabulation**

	Kategori PB/U		Total
	Normal	Stunting	

Kategori umur ibu saat hamil	Normal	Count	31	26	57
		% within Kategori umur ibu saat hamil	54.4%	45.6%	100.0%
	Beresiko	Count	3	8	11
		% within Kategori umur ibu saat hamil	27.3%	72.7%	100.0%
Total		Count	34	34	68
		% within Kategori umur ibu saat hamil	50.0%	50.0%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.711 <sup>a</sup>	1	.100		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.735	1	.188		
Likelihood Ratio	2.797	1	.094		
Fisher's Exact Test				.186	.093
Linear-by-Linear Association	2.671	1	.102		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.50.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori umur ibu saat hamil (Normal / Beresiko)	3.179	.764	13.228
For cohort Kategori PB/U = Normal	1.994	.738	5.388
For cohort Kategori PB/U = Stunting	.627	.396	.993



**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
N of Valid Cases	68					

**3. Hubungan Antara Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur pada Baduta**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori riwayat pemberian ASI Eksklusif * Kategori PB/U	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

**Kategori riwayat pemberian ASI Eksklusif \* Kategori PB/U Crosstabulation**

		Kategori PB/U		Total	
		Normal	Stunting		
Kategori riwayat pemberian ASI Eksklusif	ASI Eksklusif	Count	30	31	61
		% within Kategori riwayat pemberian ASI Eksklusif	49.2%	50.8%	100.0%
Tidak ASI Eksklusif		Count	4	3	7
		% within Kategori riwayat pemberian ASI Eksklusif	57.1%	42.9%	100.0%
Total		Count	34	34	68
		% within Kategori riwayat pemberian ASI Eksklusif	50.0%	50.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.159 <sup>a</sup>	1	.690		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.160	1	.689		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.157	1	.692		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	68				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori riwayat pemberian ASI Eksklusif (ASI Eksklusif / Tidak ASI Eksklusif)	.726	.150	3.520
For cohort Kategori TB/U = Normal	.861	.432	1.717
For cohort Kategori TB/U = Stunting	1.186	.487	2.888
N of Valid Cases	68		

**4. Hubungan Antara Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur pada Baduta**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori pekerjaan ibu * Kategori PB/U	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

**Kategori pekerjaan ibu \* Kategori PB/U Crosstabulation**

			Kategori PB/U		
			Normal	Stunting	Total
Kategori pekerjaan ibu	tidak bekerja	Count	31	31	62
		% within Kategori pekerjaan ibu	50.0%	50.0%	100.0%
	bekerja	Count	3	3	6
		% within Kategori pekerjaan ibu	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	34	34	68
		% within Kategori pekerjaan ibu	50.0%	50.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000 <sup>a</sup>	1	1.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.664
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	68				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori pekerjaan ibu (tidak bekerja / bekerja)	1.000	.187	5.344
For cohort Kategori PB/U = Normal	1.000	.433	2.312
For cohort Kategori PB/U = Stunting	1.000	.433	2.312
N of Valid Cases	68		

**5. Hubungan Antara Pendidikan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur pada Baduta**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori riwayat pendidikan ibu * Kategori PB/U	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

**Kategori riwayat pendidikan ibu \* Kategori PB/U Crosstabulation**

			Kategori PB/U		Total
			Normal	Stunting	
Kategori riwayat pendidikan ibu	Rendah	Count	9	14	23
		% within Kategori riwayat pendidikan ibu	39.1%	60.9%	100.0%
Tinggi	Count	25	20	45	
	% within Kategori riwayat pendidikan ibu	55.6%	44.4%	100.0%	

Total	Count	34	34	68
	% within Kategori riwayat pendidikan ibu	50.0%	50.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.643 <sup>a</sup>	1	.200		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.051	1	.305		
Likelihood Ratio	1.652	1	.199		
Fisher's Exact Test				.305	.153
Linear-by-Linear Association	1.618	1	.203		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori riwayat pendidikan ibu (Rendah / Tinggi)	.514	.185	1.431
For cohort Kategori PB/U = Normal	.704	.397	1.249
For cohort Kategori PB/U = Stunting	1.370	.862	2.175
N of Valid Cases	68		

**6. Hubungan Antara Tinggi Badan Ibu dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur pada Baduta**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori tinggi badan ibu * Kategori PB/U	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

**Kategori tinggi badan ibu \* Kategori PB/U Crosstabulation**

			Kategori PB/U		Total
			Normal	Stunting	
Kategori tinggi badan ibu	Normal	Count	18	13	31
		% within Kategori tinggi badan ibu	58.1%	41.9%	100.0%
	Pendek	Count	16	21	37
		% within Kategori tinggi badan ibu	43.2%	56.8%	100.0%
Total		Count	34	34	68
		% within Kategori tinggi badan ibu	50.0%	50.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.482 <sup>a</sup>	1	.223		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.949	1	.330		
Likelihood Ratio	1.488	1	.223		
Fisher's Exact Test				.330	.165
Linear-by-Linear Association	1.460	1	.227		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori tinggi badan ibu (Normal / Pendek)	1.817	.692	4.772
For cohort Kategori PB/U = Normal	1.343	.835	2.159
For cohort Kategori PB/U = Stunting	.739	.448	1.219
N of Valid Cases	68		

**7. Hubungan Antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur pada Baduta**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori jumlah anggota keluarga * Kategori PB/U	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

**Kategori jumlah anggota keluarga \* Kategori PB/U Crosstabulation**

			Kategori PB/U		Total
			Stunting	Normal	
Kategori jumlah anggota keluarga	Besar	Count	17	8	25
		% within Kategori PB/U	50.0%	23.5%	36.8%
	Cukup	Count	17	26	43



	% within Kategori PB/U	50.0%	76.5%	63.2%
Total	Count	34	34	68
	% within Kategori PB/U	100.0%	100.0%	100.0%

**Chi-Square Tests<sup>d</sup>**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5.124 <sup>a</sup>	1	.024	.043	.022	
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.048	1	.044			
Likelihood Ratio	5.212	1	.022	.043	.022	
Fisher's Exact Test				.043	.022	
Linear-by-Linear Association	5.048 <sup>c</sup>	1	.025	.043	.022	.016
N of Valid Cases	68					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.50.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 2.247.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori jumlah anggota keluarga (besar / cukup)	3.250	1.150	9.187
For cohort Kategori PB/U = Stunting	1.720	1.089	2.717
For cohort Kategori PB/U = Normal	.529	.285	.984
N of Valid Cases	68		

**8. Hubungan Antara Usia Pemberian MP-ASI Pertama dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur pada Baduta**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori usia mendapatkan MP-ASI pertama kali * Kategori PB/U	59	86.8%	9	13.2%	68	100.0%

**Kategori usia mendapatkan MP-ASI pertama kali \* Kategori PB/U Crosstabulation**

		Kategori PB/U		
		Normal	Stunting	Total
Kategori usia mendapatkan MP-ASI pertama kali	<6 bulan	Count 3 60.0%	Count 2 40.0%	Count 5 100.0%
	>= 6 bulan	Count 26 48.1%	Count 28 51.9%	Count 54 100.0%
Total		Count 29 49.2%	Count 30 50.8%	Count 59 100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.257 <sup>a</sup>	1	.612		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.002	1	.968		

Likelihood Ratio	.258	1	.611		
Fisher's Exact Test				.671	.484
Linear-by-Linear Association	.253	1	.615		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	59				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.46.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori usia mendapatkan MP-ASI pertama kali (<6 bulan / >= 6 bulan)	1.615	.250	10.451
For cohort Kategori TB/U = Normal	1.246	.579	2.684
For cohort Kategori TB/U = Stunting	.771	.256	2.326
N of Valid Cases	59		

**9. Hubungan Antara Jenis MP-ASI yang Diberikan dengan Status Gizi Panjang Badan Menurut Umur pada Baduta**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis MP-ASI yang diberikan pertama kali * Kategori PB/U	68	100.0%	0	.0%	68	100.0%

Jenis MP-ASI yang diberikan pertama kali \* Kategori PB/U Crosstabulation

			Kategori PB/U		Total
			Normal	Stunting	
Jenis MP-ASI yang diberikan pertama kali	Sesuai rekomendasi	Count	22	26	48
		% within Jenis MP-ASI yang diberikan pertama kali	45.8%	54.2%	100.0%
	Tidak sesuai rekomendasi	Count	12	8	20
		% within Jenis MP-ASI yang diberikan pertama kali	60.0%	40.0%	100.0%
Total		Count	34	34	68
		% within Jenis MP-ASI yang diberikan pertama kali	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.133 <sup>a</sup>	1	.287		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.638	1	.425		
Likelihood Ratio	1.139	1	.286		
Fisher's Exact Test				.425	.213
Linear-by-Linear Association	1.117	1	.291		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.00.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis MP-ASI yang diberikan pertama kali (Sesuai rekomendasi / Tidak sesuai rekomendasi)	.564	.196	1.627
For cohort Kategori PB/U = Normal	.764	.477	1.224
For cohort Kategori PB/U = Stunting	1.354	.746	2.459
N of Valid Cases	68		

**Analisis Multivariat**

**Categorical Variables Codings**

	Frequency	Parameter coding
		(1)
kategori berat badan lahir	BBLR	15 1.000
	normal	53 .000
Kategori umur ibu saat hamil	beresiko	11 1.000
	normal	57 .000
Kategori riwayat pendidikan ibu	Rendah	23 1.000
	Tinggi	45 .000
kategori tinggi badan ibu	pendek	37 1.000
	normal	31 .000
Kategori jumlah anggota keluarga	besar	25 1.000
	cukup	43 .000

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
kat.jlh.klg(1)	1.215	.599	4.105	1	.043	3.369	1.040	10.908
kat.umur.ibu.saar.hml(1)	.599	.836	.513	1	.474	1.819	.354	9.361
kat.pnddkn.ibu(1)	.393	.599	.430	1	.512	1.481	.458	4.789
kat.TB.ibu(1)	.460	.545	.713	1	.398	1.584	.545	4.608
kat.BBL(1)	1.531	.703	4.747	1	.029	4.622	1.166	18.319
Constant	-1.229	.496	6.142	1	.013	.293		
Step 2 <sup>a</sup>								
kat.jlh.klg(1)	1.276	.593	4.620	1	.032	3.581	1.119	11.458
kat.umur.ibu.saar.hml(1)	.695	.817	.724	1	.395	2.004	.404	9.947
kat.TB.ibu(1)	.511	.538	.903	1	.342	1.668	.581	4.788
kat.BBL(1)	1.492	.699	4.556	1	.033	4.447	1.130	17.507
Constant	-1.155	.482	5.752	1	.016	.315		
Step 3 <sup>a</sup>								
kat.jlh.klg(1)	1.424	.569	6.256	1	.012	4.155	1.361	12.687
kat.TB.ibu(1)	.504	.535	.887	1	.346	1.655	.580	4.724
kat.BBL(1)	1.522	.693	4.832	1	.028	4.584	1.179	17.814
Constant	-1.112	.479	5.392	1	.020	.329		
Step 4 <sup>a</sup>								
kat.jlh.klg(1)	1.421	.565	6.334	1	.012	4.140	1.369	12.518
kat.BBL(1)	1.578	.686	5.287	1	.021	4.845	1.262	18.593
Constant	-.850	.378	5.069	1	.024	.427		

a. Variable(s) entered on step 1: kat.jlh.klg, kat.umur.ibu.saar.hml, kat.pnddkn.ibu, kat.TB.ibu, kat.BBL.



**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 2 <sup>a</sup>	Variables	kat.pnddkn.ibu(1)	.432	1	.511
	Overall Statistics		.432	1	.511
Step 3 <sup>b</sup>	Variables	kat.umur.ibu.saar.hml(1)	.737	1	.391
		kat.pnddkn.ibu(1)	.657	1	.418
	Overall Statistics		1.163	2	.559
Step 4 <sup>c</sup>	Variables	kat.umur.ibu.saar.hml(1)	.721	1	.396
		kat.pnddkn.ibu(1)	.903	1	.342
		kat.TB.ibu(1)	.894	1	.344
	Overall Statistics		1.996	3	.573

a. Variable(s) removed on step 2: kat.pnddkn.ibu.

b. Variable(s) removed on step 3: kat.umur.ibu.saar.hml.

c. Variable(s) removed on step 4: kat.TB.ibu.