



**POLA ASUH GIZI, TINGKAT KONSUMSI DAN KEJADIAN STUNTING
PADA ANAK BALITA USIA 6-24 BULAN
(Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima)**

SKRIPSI

Oleh

**DIANSA FITRI
NIM 152110101251**

**PEMINATAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2020**



**POLA ASUH GIZI, TINGKAT KONSUMSI DAN KEJADIAN STUNTING
PADA ANAK BALITA USIA 6-24 BULAN
(Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**DIANSA FITRI
NIM 152110101251**

**PEMINATAN GIZI KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
TAHUN 2020**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya, Bapak Abdul Salam da Ibu Sumarni yang selalu menyayangi saya dengan setulus hati, selalu mendokan saya, memberikan semangat dan motivasi serta materi sehingga saya dapat menempuh pendidikan hingga perguruan tinggi.
2. Keluarga besar saya yang selalu mendoakan dan memberikan semangat kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan ini.
3. Guru-guru SDN Inpres Renda 1, SMPN 1 Woha, SMAN 2 Kota Bima sampai perguruan tinggi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Diansa Fitri

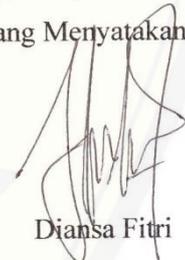
NIM : 152110101251

Menyatakan dengan ini bahwa skripsi yang berjudul : *“Pola Asuh Gizi, Tingkat Konsumsi dan Kejadian Stunting Pada Anak Balita Usia 6-24 Bulan (Studi Wilayah Kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima)”* adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 9 September 2020

Yang Menyatakan,



Diansa Fitri

NIM 152110101251

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**POLA ASUH GIZI, TINGKAT KONSUMSI DAN KEJADIAN STUNTING
PADA ANAK USIA 6-24 BULAN
(Studi Wilayah Kerja Puskesmas Wohu Kabupaten Bima)**

Oleh

Diansa Fitri
152110101251

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Sulistiyani, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Ruli Bahyu Antika, S.KM., M.Gizi

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul Pola Asuh Gizi, Tingkat Konsumsi dan Kejadian Stunting Pada Anak Balita Usia 6-24 Bulan (*Studi Wilayah Kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima*) telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Rabu
Tanggal : 09 September 2020
Tempat : Sidang Online (Skype)

Pembimbing

1. DPU : Sulistiyani, S.KM., M.Kes
NIP. 197606152002122002 (.....)
2. DPA : Ruli Bahyu Antika, S.KM., M.Gizi
NRP. 760017001 (.....)

Penguji

1. Ketua : Dr. Leersia Yusi R., S.KM., M. Kes
NIP. 198003142005012003 (.....)
2. Sekertaris : Iken Nafikadini, S. KM., M. Kes
NIP. 198311132010122006 (.....)
3. Anggota :Tita Masithah, SP., MSi
NIP. 197603142003122005 (.....)

Mengesahkan,
Dekan

Dr. Farida Wahyu N, S.KM., M.Kes
NIP. 198010092005012002

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah atas limpahan rahmat dan petunjuknya-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi yang berjudul “Pola Asuh Gizi, Tingkat Konsumsi dan Kejadian Stunting pada Anak Balita Usia 6-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima”. Penyusunan skripsi ini tidak akan pernah terselesaikan tanpa adanya kritik, saran dan dukungan dari berbagai pihak yang membantu, sehingga penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Dr. Farida Wahyu N, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Reny Indrayani S.KM., M.KKK selaku Dosen Pembimbing Akademik. Terima kasih atas arahan, nasehat dan motivasi yang diberikan selama penulis menjadi mahasiswa baru hingga saat ini;
3. Ibu Sulistiyani, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Utama. Terima kasih atas arahan, koreksi, serta memberi saran dan masukan demi terselesaikannya skripsi ini;
4. Ibu Ruli Bahyu Antika, S.KM., M. Gizi. selaku Dosen Pembimbing Anggota. Terima kasih atas arahan, koreksi, serta memberi saran dan masukan demi terselesaikannya skripsi ini;
5. Dr. Leersia Yusi R, S.KM., M. Kes selaku Ketua Penguji. Terima kasih atas masukan dan saran demi terselesaikannya skripsi ini;
6. Ibu Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes selaku Sekertari Penguji. Terima kasih atas masukan dan saran demi terselesaikannya skripsi ini;
7. Ibu Tita Masithah, SP., MSi selaku Anggota Penguji. Terima kasih atas masukan dan saran demi terselesaikannya skripsi ini;
8. Dosen Peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberi motivasi dan ilmu kepada penulis;

9. Dinas Kesehatan Kabupaten Bima yang telah membantu memberikan data sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini;
10. Puskesmas Woha Kabupaten Bima yang telah membantu memberikan data sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini;
11. Ibu Sidar, Ibu Mega, Ibu Nonni, Ibu Evi, dan Pak Jaharuddin yang selalu memberikan motivasi, semangat dan dukungan kepada penulis demi terselesainya skripsi ini;
12. Kedua orang tua yang selalu memberikan semangat, motivasi dan doa sehingga menjadikan kekuatan bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi;
13. Adik-adik yang saya sayangi, Taufik Kurahman, Destri Ningsih dan Sinta Purnamasari terima kasih atas semua bantuan, dukungan dan semangat demi terselesainya skripsi ini;
14. Bibi Idha Juraidah dan Paman Ramli yang telah membantu penulis selama melakukan penelitian demi terselesainya skripsi ini;
15. Keluarga rantauan tercinta, Sumiati, Indra Setiawan, Emha Hariwijaya, Bella Anggriani dan Reni Rahma yang selalu memberikan semangat, keceriaan dan bantuan dalam proses penyusunan skripsi ini;
16. Sahabat-sahabat terbaik, Sifa Mulia, Fina Indriana, Irmania Safitri, dan Eki Vera yang telah memberikan bantuan dalam proses penyusunan skripsi ini;
17. Teman-teman seperjuangan Peminatan Gizi Masyarakat 2015, teman-teman Kelompok PBL 01 Desa Arjasa dan teman-teman FKM angkatan 2015 serta seluruh pihak yang tidak bisa disebutkan satu-persatu terima kasih telah memberikan semangat dan dukungan kepada penulis;

Penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini masih memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis berharap adanya kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, 9 September 2020

Penulis

RINGKASAN

Pola Asuh Gizi, Tingkat Konsumsi dan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 6-24 Bulan (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima); Diansa Fitri; 152110101251; 165 Halaman; Peminatan Gizi Masyarakat; Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Stunting adalah kondisi gizi kronis yang diakibatkan oleh kurangnya asupan gizi dalam kurun waktu yang lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi yang menyebabkan postur tubuh dewasa tidak sesuai dengan umurnya. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Stunting* adalah salah satu bentuk kekurangan gizi yang didapatkan dari hasil perhitungan tinggi badan menurut usia (TB/U) dibawah standar deviasi (<-2 SD). Hasil Elektronik Pencatatan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (EPPGBM), prevalensi *stunting* di Puskesmas Woha Kabupaten Bima pada tahun 2019 sebesar 33,1% dan per februari tahun 2020 mengalami penurunan sebesar 23,54%. Angka tersebut masih diatas batas angka kejadian *stunting* suatu negara, provinsi dan Kabupaten yang telah ditetapkan oleh WHO yaitu 20%.

Jenis peneliiian ini adalah analitik observasional. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 75 ibu yang memiliki anak balita. Cara pengambilan sampel dengan menggunakan tehnik *Probability Sampling* jenis *Simple Random Sampling*. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima yang terdiri dari 15 Desa yaitu desa Tente, desa Kalampa, desa Samili, desa Rabakodo, desa Naru, desa Nisa, desa Waduwangi, desa Tenga, desa Dadibou, desa Risa, desa Pandai, desa Talabiu, desa Penapali, desa Keli dan desa Donggobolo. Waktu penelitian yaitu sejak bulan Febuari 2019 hingga September 2020. Data yang dikumpulkan meliputi karakteristik balita (umur, jenis kelamin), karakteristik keluarga (tingkat pendidikan ibu, pengetahuan gizi ibu, status pekerjaan ibu,

jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga dan pengeluaran pangan keluarga), tingkat konsumsi (energi, protein, kalsium, zat besi dan *zink*), pola konsumsi serta pola asuh gizi (pemberian ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI). Data tersebut didapat melalui wawancara dengan kuesioner, *food recall* dan *Food Frequency Questionnaire* kepada ibu balita dan pengukuran parameter antropometri yang berupa tinggi badan dan panjang badan kepada 75 balita di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima. Data kejadian *stunting* pada anak balita menggunakan indeks parameter TB/U. Analisis data menggunakan uji statistik *chi square*.

Hasil penelitian dari uji univariat menunjukkan bahwa sebagian besar balita berumur 19-24 bulan sebesar 49,3% dan berjenis kelamin laki-laki sebesar 56,0%. Karakteristik keluarga, sebagian besar ibu balita memiliki tingkat pendidikan kategori tamat SMA sebesar 42,7%, ibu memiliki tingkat pengetahuan ibu tentang gizi yang cukup sebesar 48,0%, pekerjaan ibu sebagai pedagang sebesar 42,6%, sebagian besar balita memiliki keluarga besar sebesar 69,3%, pendapatan keluarga dibawah UMK sebesar 58,6% dan pengeluaran pangan yang tinggi sebesar 62,7%. Berdasarkan kriteria pola asuh gizi baita memiliki pola asuh kurang sebesar 58,6%, Berdasarkan penilaian pola asuh gizi sebagian besar ibu balita tidak memberikan ASI eksklusif sebesar 58,7%, MP-ASI diberikan pada balita saat usia <6 bulan ataupun >6 bulan sebesar 58,7%, tekstur MP-ASI yang diberikan tidak sesuai dengan ketentuan umur balita sebesar 69,4%, frekuensi dan jumlah MP-ASI yang diberikan sudah sesuai dengan ketentuan umur balita sebesar 65,4%, serta ragam atau variasi MP-ASI sebagian besar tidak tepat sebesar 68,0%. Berdasarkan pola konsumsi makanan yang sering dikonsumsi responden adalah nasi, roti, bubur, tahu, tempe, telur ayam, daging ayam, daun kelor, bayam, pisang dan pepaya. Sedangkan tingkat konsumsi energi, protein, kalsium, zat besi dan *zink* sebagian besar mengalami defisit. Anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima mengalami *stunting* sebesar 56,0%.

Berdasarkan uji statistik *chi-square* untuk tingkat konsumsi dengan kejadian *stunting*, terdapat hubungan antara tingkat konsumsi energi, protein, zat

besi dan *zink* dengan kejadian *stunting*. Namun, tidak terdapat hubungan antara tingkat konsumsi kalsium dengan kejadian *stunting*. Tingkat konsumsi dengan pola asuh gizi, terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat konsumsi energi dengan pola asuh gizi. Namun, tidak terdapat hubungan antara tingkat konsumsi protein, kalsium, zat besi dan *zink* dengan pola asuh gizi. Tingkat Pengetahuan ibu tentang gizi dengan kejadian *stunting*, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu tentang gizi dengan kejadian *stunting*. Pola asuh gizi dengan kejadian *stunting*, terdapat hubungan yang signifikan antara pola asuh gizi dengan kejadian *stunting*.

Saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah diharapkan Dinas Kesehatan Kabupaten Bima serta instansi-instansi lain yang terkait seperti BKKBN Kabupaten Bima, Dinas Sektor Pangan, Dinas Sosial Kabupaten Bima, dan Dinas Pertanian Kabupaten Bima sehingga dapat memberikan solusi atau membuat kebijakan dalam rangka memperbaiki status gizi balita khususnya *stunting*, seperti mewajibkan setiap puskesmas untuk memantau setiap pertumbuhan dan perkembangan balita, tidak hanya berat badan saja melainkan tinggi badannya juga dalam rangka memperbaiki status gizi balita khususnya *stunting*. Selain itu juga bekerja sama dengan pihak terkait atau multi sektor diharapkan dapat mengatasi kemiskinan yang terjadi di Kabupaten Bima sehingga zat gizi balita terpenuhi. Mengoptimalkan sarana pelayanan kesehatan yaitu poskesdes di masing-masing desa supaya keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan teratasi. Pihak Puskesmas memperhatikan faktor yang berhubungan dengan *stunting* seperti pengetahuan ibu tentang gizi balita sehingga dapat berupaya meningkatkan zat gizi anak balita di wilayah kerja Puskesmas Woha seperti dengan mengadakan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman ibu mengenai ASI eksklusif dan MP-ASI. Selain itu juga bisa membagikan brousur atau pamflet kepada ibu balita sehingga ibu balita lebih peduli lagi tentang gizi balita. Kegiatan dapat dilakukan setiap bulan pada saat posyandu. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui faktor lain yang dapat mempengaruhi kejadian *stunting* dengan menambah variabel yang belum diteliti pada penelitian ini dan jagan menggunakan desain *case control*.

SUMMARY

Nutritional Parenting, Consumption Rate and Incidence of *Stunting* in Children Age 6-24 Months (Study in the Woha Health Center Work Area of Bima Regency); Diansa Fitri; 152110101251; 165 pages; Program Study Public Health, Faculty of Public Health, University of Jember.

Stunting is a chronic nutritional condition that is caused by a lack of nutritional intake for a long period of time due to feeding that is not in accordance with nutritional needs which causes an adult's posture that is not suitable for his age. According to the Ministry of Health of the Republic of Indonesia, stunting is a form of malnutrition that is obtained from the calculation of height for age (TB / U) below the standard deviation (<-2 SD). Results of the Electronic Community Based Nutrition Reporting (EPPGBM), the prevalence of stunting in the Woha Community Health Center in Bima Regency in 2019 was 33.1% and as of February 2020 it decreased by 23.54%. This figure is still above the limit for the incidence of stunting in a country, province and district set by WHO, which is 20%.

This type of research is observational analytic. This study used a cross sectional approach. The number of respondents in this study were 75 mothers who have children under five. The sampling method used is Simple Random Sampling Probability Sampling technique. This research was conducted in the working area of the Puskesmas Woha, Bima Regency which consists of 15 villages, namely Tente village, Kalampa village, Samili village, Rabakodo village, Naru village, Nisa village, Waduwangi village, Tenga village, Dadibou village, Risa village, Pandai village, village Talabiu, Penapali village, Keli village and Donggobolo village. The research period was from February 2019 to September 2020. The data collected included child characteristics (age, gender), family characteristics (mother's education level, maternal nutritional knowledge, mother's employment

status, number of family members, family income and family food expenditure), consumption levels (energy, protein, calcium, iron and zinc), consumption patterns and nutritional care patterns (exclusive breastfeeding and complementary feeding). The data was obtained through interviews with questionnaires, food recall and Food Frequency Questionnaire to mothers of toddlers and measurement of anthropometric parameters in the form of height and body length to 75 toddlers in the working area of Puskesmas Woha, Bima Regency. Data on the incidence of stunting in children under five uses the parameter index TB / U. Data analysis used chi square statistical test.

The results of the research from the univariate test showed that most of the children aged 19-24 months were 49.3% and male was 56.0%. Characteristics of the family, most of the mothers under five have a high school level education category of 42.7%, mothers have a sufficient level of maternal knowledge about nutrition by 48.0%, the mother's job as a trader is 42.6%, most children under five have a number of members large family of 69.3%, family income below the UMK by 58.6% and high food expenditure of 62.7%. Based on the criteria for nutritional parenting, children who have poor parenting patterns of 58.6%. Based on the assessment of nutritional parenting, most mothers under five do not provide exclusive breastfeeding at 58.7%, complementary feeding is given to toddlers at the age of <6 months or> 6 months amounted to 58.7%, the texture of complementary foods provided was not in accordance with the provisions for the age of under five by 69.4%, the frequency and amount of complementary foods given were in accordance with the provisions of the age of the under-fives by 65.4%, as well as the variety or variation of MP-ASI. Breast milk is mostly imprecise at 68.0%. Based on the pattern of food consumption that is often consumed by respondents, they are rice, bread, porridge, tofu, tempeh, chicken eggs, chicken meat, Moringa leaves, spinach, banana and papaya. Meanwhile, the level of consumption of energy, protein, calcium, iron and zinc mostly experienced a deficit. Toddlers aged 6-24 months in the working area of the Woha Community Health Center, Bima Regency, experienced stunting by 56.0%.

Based on the chi-square statistical test for the level of consumption with the incidence of stunting, there is a relationship between the level of consumption of energy, protein, iron and zinc with the incidence of stunting. However, there is no relationship between the level of calcium consumption and the incidence of stunting. The level of consumption with nutritional parenting, there is a significant relationship between the level of energy consumption and nutritional parenting. However, there is no relationship between the level of consumption of protein, calcium, iron and zinc with nutritional parenting. Mother's knowledge level about nutrition and the incidence of stunting, there was no significant relationship between maternal knowledge about nutrition and the incidence of stunting. There is a significant relationship between nutritional parenting and the incidence of stunting.

Suggestions that can be given based on the results of this research are expected that the Bima District Health Office and other related agencies such as the Bima District BKKBN, the Food Sector Service, the Bima Regency Social Service, and the Bima Regency Agriculture Office can provide solutions or make policies in order to improve the nutritional status of children under five, especially stunting, such as requiring each puskesmas to monitor every toddler's growth and development, not only body weight but height also in order to improve the nutritional status of children under five, especially stunting. In addition, working with related parties or multi-sectors is expected to be able to overcome poverty that occurs in Bima Regency so that the nutrition of children under five is fulfilled. Optimizing health service facilities, namely poskesdes in each village so that affordability of health services is overcome. The Puskesmas pay attention to factors related to stunting, such as maternal knowledge about toddler nutrition so that it can try to improve nutrition for children under five in the Woha Puskesmas work area, such as by holding counseling to increase mothers' knowledge and understanding of exclusive breastfeeding and complementary breastfeeding. In addition, you can also distribute brochures or pamphlets to mothers of toddlers so that mothers of toddlers care more about

toddler nutrition. Activities can be carried out every month at the posyandu. Further research is needed to determine other factors that can influence the incidence of stunting by adding variables that have not been studied in this study and also using a case control design.



DAFTAR ISI

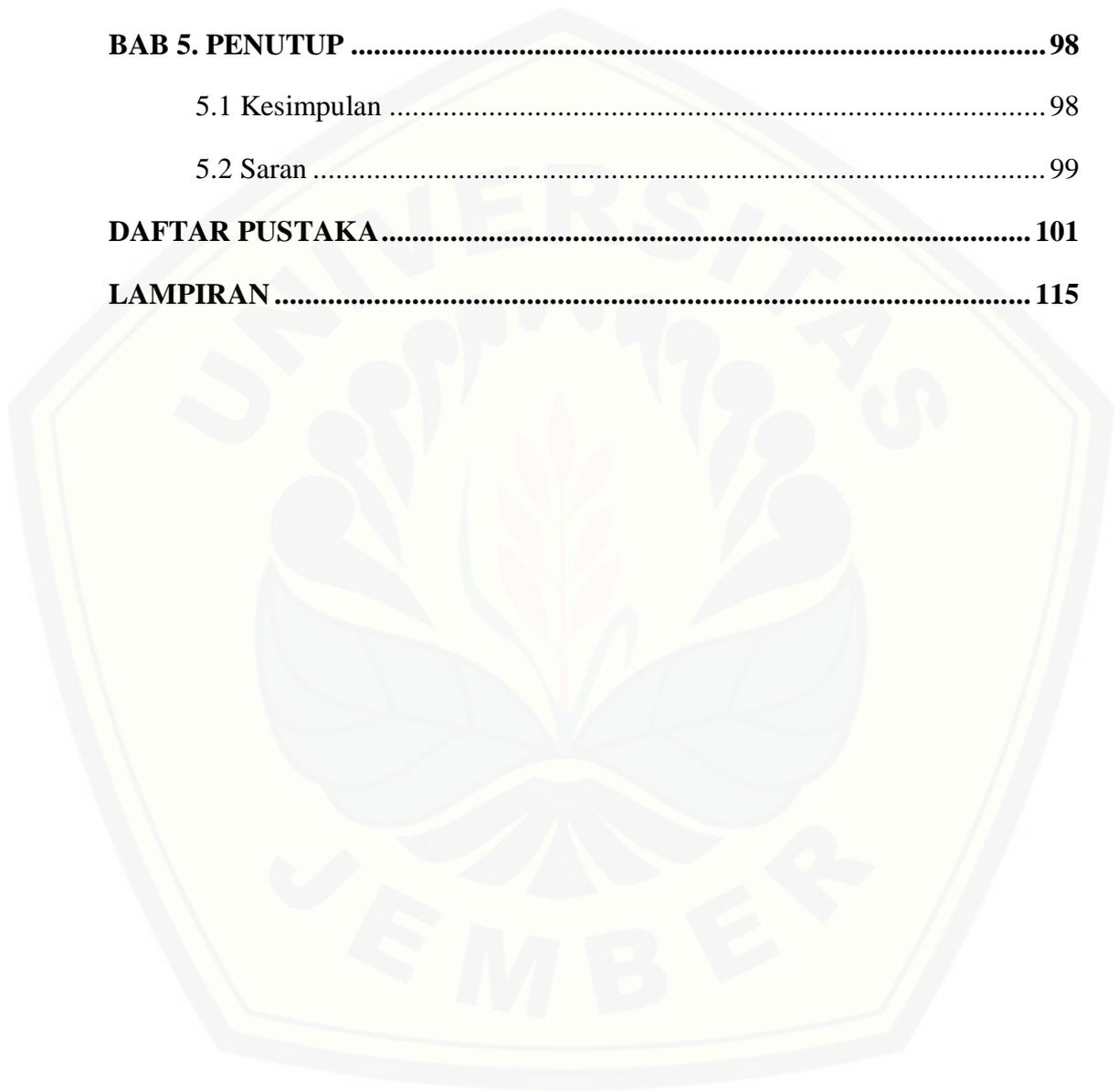
PERSEMBAHAN	ii
PERNYATAAN	iii
PEMBIMBINGAN.....	iv
PENGESAHAN.....	v
PRAKATA	vi
RINGKASAN.....	viii
SUMMARY	xi
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR TABEL	xx
DAFTAR GAMBAR.....	xxi
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xxiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8

2.1.1 Pengertian <i>Stunting</i>	8
2.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi <i>Stunting</i>	8
2.1.3 Penilaian Status Gizi <i>Stunting</i>	17
2.1.4 Pengukuran Konsumsi Makanan	19
2.2 Pola Asuh Gizi	22
2.2.1 Pengertian Pola Asuh	22
2.2.2 Pengertian Pola Asuh Gizi	22
2.3 Balita	26
2.3.1 Pengertian Balita	26
2.3.2 Kebutuhan Gizi Balita	27
2.3.3 Makanan Balita	29
2.4 Kerangka Teori	30
2.5 Kerangka Konseptual	31
2.6 Hipotesis Penelitian	32
BAB 3. METODE PENELITIAN	34
3.1 Jenis Penelitian	34
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	34
3.2.1 Tempat Penelitian	34
3.2.2 Waktu Penelitian	35
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	35
3.3.1 Populasi Penelitian	35
3.3.2 Sampel Penelitian	36
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	37
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	38

3.4.1 Variabel Penelitian.....	38
3.4.2 Variabel Bebas (<i>Independent Variabel</i>)	39
3.4.3 Variabel Terikat (<i>Dependent Variabel</i>).....	39
3.4.4 Definisi Operasional.....	39
3.5 Data dan Sumber Data	45
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	46
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	46
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	47
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	51
3.7.1 Teknik Penyajian Data	51
3.7.3 Analisis Data.....	52
3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	53
3.8.1 Validitas Instrumen	53
3.8.2 Reliabilitas Instrumen.....	54
3.9 Alur Penelitian.....	55
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	56
4.1 Hasil Penelitian.....	56
4.1.1 Karakteristik Anak Balita Usia 6-24 Bulan	56
4.1.2 Karakteristik Keluarga	56
4.1.3 Pola Asuh Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan	58
4.1.4 Konsumsi Makanan Responden.....	60
4.1.5 Kejadian <i>Stunting</i>	65

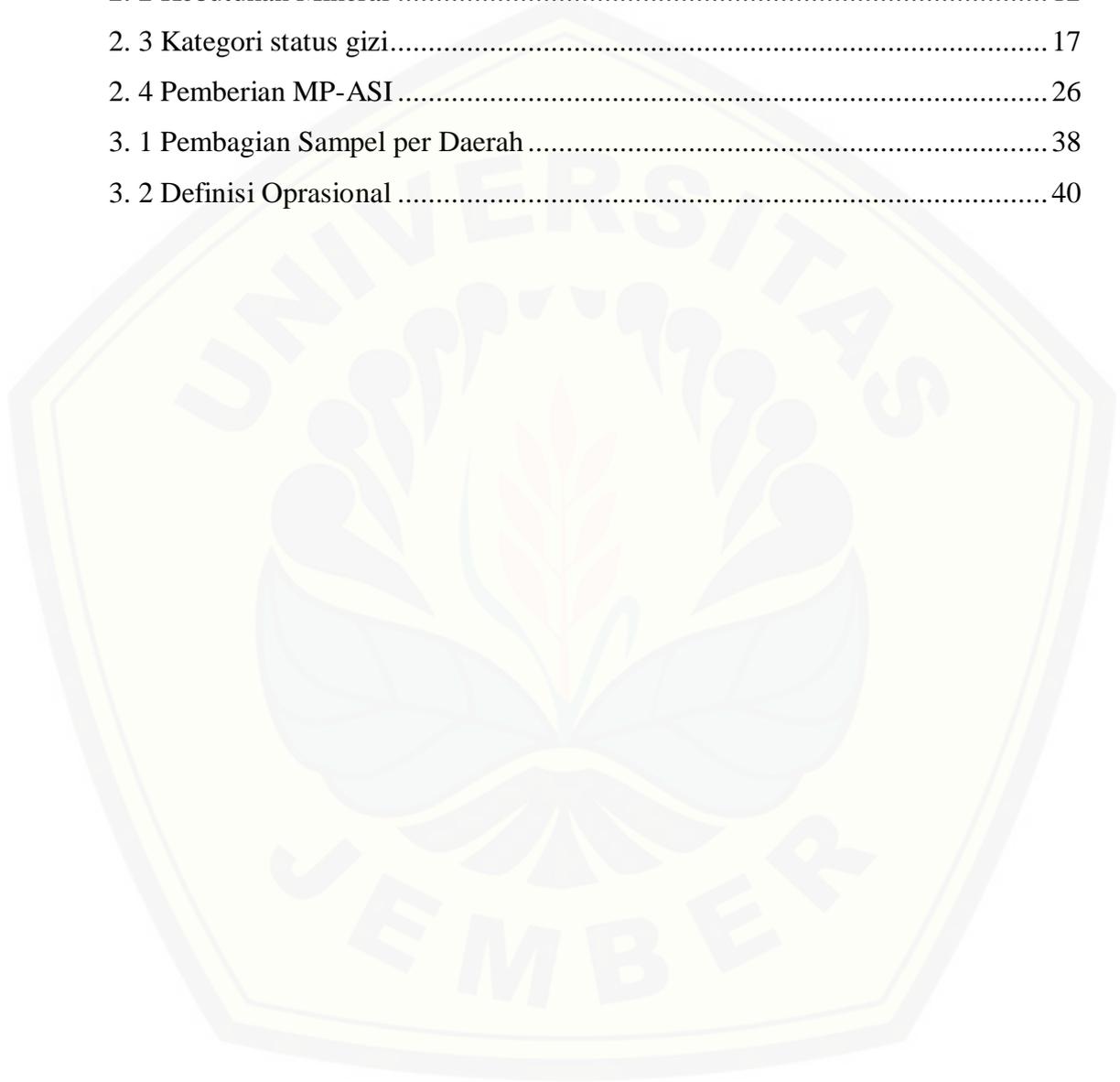
4.1.6 Hubungan antara tingkat konsumsi zat gizi makro dan mikro dengan kejadian <i>stunting</i> pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja puskesmas woha kabupaten bima	66
4.1.7 Hubungan antara antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi (zat gizi makro dan mikro dengan pola asuh gizi pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja puskesmas woha kabupaten bima	68
4.1.8 Hubungan antara tingkat pengetahuan gizi ibu dengan kejadian <i>stunting</i> pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja puskesmas woha kabupaten bima	70
4.1.9 Hubungan antara pola asuh gizi dengan kejadian <i>stunting</i> pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja puskesmas woha kabupaten bima.....	70
4.2 Pembahasan.....	71
4.2.1 Karakteristik Anak Balita Usia 6-24 Bulan.....	71
4.2.2 Karakteristik Keluarga Balita Usia 6-24 Bulan	73
4.2.3 Pola Asuh Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan	79
4.2.4 Konsumsi Makanan Responden.....	81
4.2.5 Kejadian <i>Stunting</i>	87
4.2.6 Hubungan antara konsumsi makanan (tingkat konsumsi zat gizi makro dan mikro) dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima	89
4.2.7 Hubungan antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi makanan (zat gizi makro dan mikro) pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima	93
4.2.8 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu dengan Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Balita Usia 6-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.....	95

4.2.9 Hubungan antara Pola Asuh Gizi dengan Kejadian Stunting pada Anak Balita Usia 6-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima	96
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	97
BAB 5. PENUTUP	98
5.1 Kesimpulan	98
5.2 Saran	99
DAFTAR PUSTAKA.....	101
LAMPIRAN.....	115



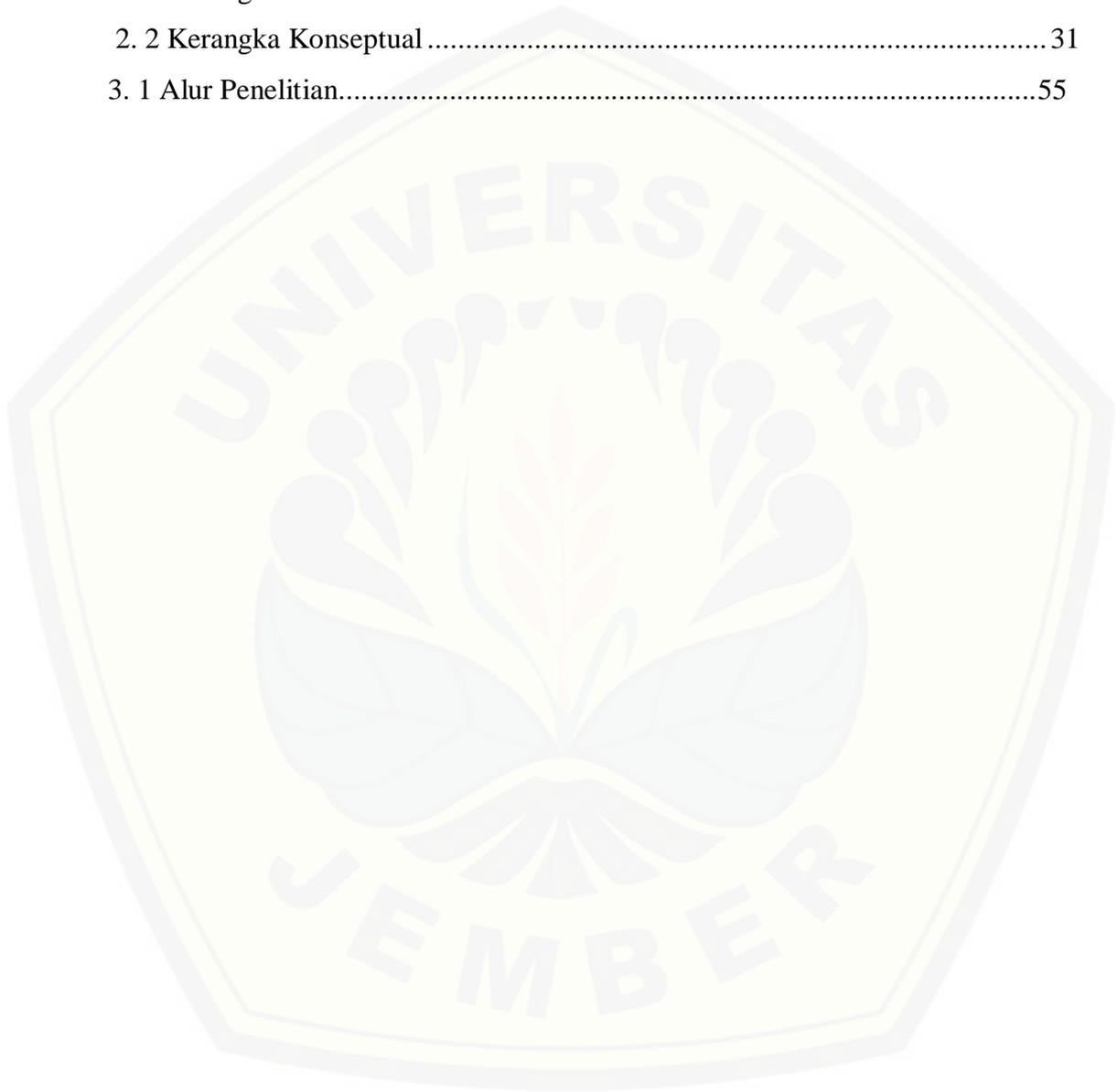
DAFTAR TABEL

2. 1 Kebutuhan Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2019	12
2. 2 Kebutuhan Mineral	12
2. 3 Kategori status gizi.....	17
2. 4 Pemberian MP-ASI	26
3. 1 Pembagian Sampel per Daerah	38
3. 2 Definisi Oprasional	40



DAFTAR GAMBAR

2. 1 Kerangka Teori	30
2. 2 Kerangka Konseptual	31
3. 1 Alur Penelitian.....	55



DAFTAR LAMPIRAN

A. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	115
B. Kuisiner Penelitian	116
C. Angket Pengetahuan Ibu tentang Gizi	120
D. Kuisiner Food Recall 2x24 Jam	124
E. Lembar <i>Food Frequency Questionnaire</i> (FFQ)	125
F. Hasil Uji Validitas dan Realibilitas	127
G. Hasil Uji Statistik	131
H. Dokumentasi	143
I. Surat Ijin Penelitian	145
J. Kode Etik	147

DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan

AKG	= Angka Kecukupan Gizi
TB	= Tinggi Badan
PB	= Panjang Badan
BB	= Berat Badan
BBLR	= Berat Badan Lahir Rendah
WHO	= <i>World Health Organization</i>
BPS	= Badan Pusat Statistik
RI	= Republik Indonesia
RISKESDAS	= Riset Kesehatan Dasar
EPPGBM	= Elektronik Pencatatan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat
SD	= Standart Deviasi
PSG	= Penentuan Status Gizi
TKPI	= Tabel Komposisi Pangan Indonesia
KEMENKES	= Kementerian Kesehatan
UNICEF	= United Nations Childern's Fund
ASI	= Air Susu Ibu
MP-ASI	= Makanan Pendamping Air Susu Ibu
kkal	= kilo kalori

kg	= kilo gram
g	= gram
ml	= mili liter
cm	= centimeter
s/d	= sampai dengan
URT	= Ukuran Rumah Tangga
UMK	= Upah Minimum Kota/Kabupaten
IRT	= Ibu Rumah Tangga
FFQ	= <i>Food Frequency Questionnaire</i>

Daftar Notasi

>	= Lebih dari
<	= Kurang dari
\leq	= Kurang dari sama dengan
\geq	= Lebih dari sama dengan
=	= Sama dengan
P	= <i>p-value</i>
%	= Persen
d	= Tingkat kepercayaan yang diinginkan
α	= Alfa
n	= Besar sampel
N	= Besar populasi
&	= Dan
N_h	= Total maing-masing sub populasi
n_h	= Besar sampel untuk sub populasi
n'	= Sampel koreksi

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Status gizi balita merupakan salah satu indikator gizi masyarakat, hal ini dikarenakan masa balita adalah masa yang paling penting untuk kelangsungan hidup dan tumbuh kembang. Masalah gizi anak yang mendapatkan perhatian akhir-akhir ini adalah anak *stunting*. *Stunting* adalah kondisi gizi kronis yang diakibatkan oleh kurangnya asupan gizi dalam kurun waktu yang lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi yang menyebabkan postur tubuh dewasa tidak sesuai dengan umurnya (Paramashanti, 2019:201). *Stunting* merupakan kondisi seorang balita yang gagal tumbuh pada anak umur seusianya akibat dari kekurangan gizi mulai bayi di dalam kandungan sampai masa awal bayi lahir dan biasanya baru akan terlihat pada saat bayi berusia dua tahun (TNP2K, 2017:5). Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Stunting* adalah salah satu bentuk kekurangan gizi yang didapatkan dari hasil perhitungan tinggi badan menurut usia (TB/U) dibawah standar deviasi (<-2 SD) (Kemenkes RI, 2010:4).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menyatakan bahwa prevalensi *stunting* (pendek) pada tahun 2013 sebesar 37,2% dengan proporsi sangat pendek sebesar 18,0% dan proporsi pendek sebesar 19,2% kemudian mengalami penurunan pada tahun 2018 sebesar 30,8% dengan proporsi sangat pendek sebesar 11,5% dan proporsi pendek sebesar 19,3% (Kemenkes RI, 2018a:12). Menurut Penentuan Status Gizi pada tahun tahun 2017 prevalensi *stunting* di Provinsi Nusa Tenggara Barat sebesar 23,5% (Kemenkes RI, 2018b:37). Menurut Penentuan Status Gizi pada tahun tahun 2017 prevalensi *stunting* di Provinsi Nusa Tenggara Barat sebesar 23,5% (Kemenkes RI, 2018b:37). Menurut WHO, apabila masalah kejadian di atas 20% maka merupakan masalah kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2018).

Faktor yang mempengaruhi kejadian *stunting* meliputi faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung terjadinya *stunting* adalah penyakit infeksi dan asupan zat gizi yang tidak seimbang baik secara kualitas maupun kuantitas

(Sulistiyani, 2011:9). Sedangkan menurut Tufts (2001) dalam The World Bank (2007:22), tidak adekuatnya asupan makanan dan infeksi serta status berat badan lahir juga merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian *stunting*. Faktor tidak langsung adalah jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan, umur, suku bangsa/ras, kondisi sanitasi yang kurang baik, pola asuh, rendahnya ketahanan pangan di tingkat rumah tangga, dan tingkat pendidikan ibu (Soetjningsih, 2012:61-67). Jadi sapat disimpulkan bahwa salah satu faktor penyebab *stunting* adalah asupan makanan yang kurang (tingkat konsumsi) dan pola asuh.

Tingkat konsumsi adalah perbandingan kandungan zat gizi yang dikonsumsi seseorang atau kelompok orang yang dibandingkan dengan angka kecukupan (Nurul, 2015). Penilaian konsumsi makanan adalah salah satu metode yang digunakan dalam penentuan status gizi perorangan atau kelompok yang bertujuan untuk mengetahui kebiasaan makan dan gambaran tingkat kecukupan bahan makanan dan zat gizi pada tingkat individu, rumah tangga dan kelompok/masyarakat serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. (Supariasa *et al*, 2016:105). Menurut Muchlis *et al* (2011:4), Dalam usaha pencapaian konsumsi yang adekuat, maka dua faktor terpenting yang dapat mempengaruhi konsumsi zat gizi sehari-hari yaitu: tersedianya pangan dan pengetahuan gizi. Zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh terdiri atas karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral dan air. Terdapat hubungan antara tingkat konsumsi energi dengan status gizi, namun tidak terdapat hubungan antara tingkat konsumsi protein dengan status gizi (Muchlis *et al*, 2011:6). Penelitian yang dilakukan oleh Azmy dan Mundiastuti (2018:295), menunjukkan bahwa semakin kurang mengonsumsi energi maka beresiko 4,045 kali lebih besar mengalami *stunting*. Semakin kurangnya atau tidak tepatnya pola pengasuhan ibu terhadap pola pemberian makan pada anak akan berdampak pada asupan makan atau status gizi anak, begitu pula sebaliknya apabila pola asuh ibu baik terutama pemberian makan maka asupan makan atau status gizi anak terpenuhi dengan baik pula.

Pola asuh adalah sikap orang tua dalam berhubungan dengan anaknya dengan tujuan untuk mengetahui tumbuh kembang anak supaya tumbuh kembang dengan baik secara fisik, sosial maupun mental (Soekirman, 2008:84). Pola asuh

gizi merupakan praktik pemberian makan kepada anak yang dilakukan dirumah tangga dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk pertumbuhan dan perkembangan serta kelangsungan hidup. Terdapat 4 aspek kunci pola asuh ibu yang meliputi pemberian ASI dan MP-ASI, perawatan dan perlindungan anak, psikologi, serta praktek kebersihan diri dan sanitasi (Zeitlin, 2000:122). Semakin baik pola asuh dan sikap orang tua dalam mendidik anak maka semakin baik untuk bisa memaksimalkan perkembangan anak (kusparlina, 2016:117). Penelitian yang dilakukan di Sumbawa Nusa Tenggara Barat, menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pola asuh makan dengan status gizi anak. Hal ini dikarenakan pola asuh makan mencakup komposisi zat gizi, jenis/susunan menu, frekuensi dan hygiene makanan sehingga dapat mempengaruhi tingkat kecukupan dan infeksi pada anak serta berdampak pada status gizi anak balita (Apriyanto *et al*, 2016:132). Ada hubungan antara pola asuh ibu dengan kejadian stunting (Rahmayani *et al*, 2014:434).

Menurut Paramashanti (2019:183), pola asuh gizi meliputi pemberian ASI eksklusif dan MP-ASI. Pemberian ASI eksklusif adalah pemberian ASI atau air susu saja selama 6 bulan pertama kehidupan bayi. ASI eksklusif diberikan pada anak tanpa adanya pendamping makanan lain. Anak benar-benar hanya mendapatkan asupan gizi dari ASI selama kurun waktu 6 bulan (Paramahanti, 2019:190). Pemberian ASI tidak Eksklusif akan menyebabkan pertumbuhan anak terganggu. Hasil penelitian yang dilakukan di sumba Nusa Tenggara Timur, rendahnya informasi yang diperoleh ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif menjadi faktor penyebab ibu tidak memberikan ASI eksklusif pada balita. Ibu balita tidak memberikan ASI eksklusif karena produksi ASI yang tidak adekuat (Loya dan Nuryanto, 2017:87). Praktek pemberian ASI eksklusif di kupang Nusa Tenggara Timur masih rendah, proporsi tertinggi praktek pemberian ASI eksklusif lebih banyak ditemukan pada ibu-ibu menyusui yang tinggal di daerah pedesaan dibandingkan di daerah perkotaan (Hermina *et al*, 2016:31). Anak balita lebih dominan mengalami *stunting* apabila tidak mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan (Rahmad, 2017:12). Meningkatnya resiko *stunting* pada bayi disebabkan karena kurangnya pemberian ASI eksklusif sehingga menyebabkan bayi mudah

terkena penyakit infeksi. Balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif beresiko 3,7 kali lebih besar dari pada balita yang mendapatkan ASI eksklusif (Rambitan *et al*, 2017:6).

Menurut Paramashanti (2019:200), makanan Pendamping ASI (MP-ASI) merupakan makanan pelengkap yang diberikan kepada anak sehingga memenuhi kebutuhan zat gizi bayi. Tujuan dari pemberian MP-ASI yaitu sebagai penambah energi dan zat gizi yang dibutuhkan bayi karena ASI tidak dapat mencukupi kebutuhan bayi yang terus meningkat seiring dengan penambahan usia dan berat badan. Apabila kebutuhan energi dan zat gizi bayi tidak terpenuhi maka akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak (Krisnatuti *et al*, 2000:132). Kualitas dan kuantitas MP-ASI yang rendah dapat mempengaruhi gangguan pertumbuhan linier. Kurangnya pemberian MP-ASI dapat meningkatkan resiko kejadian stunting pada anak balita. Terdapat hubungan antara pemberian MP-ASI dengan status gizi balita pada usia 6-24 bulan di Manado (datesfordate *et al*, 2017:7). Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh lestari *et al* (2014:190), menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia pemberian MP-ASI dengan status gizi pada anak usia 1-3 tahun. Penelitian di Flores, menunjukkan bahwa hanya terdapat 40% anak usia 6-23 bulan yang mendapatkan MP-ASI dengan energi dan 50% yang mendapatkan MP-ASI dengan protein sesuai Angka Kecukupan Gizi (AKG). Anak balita yang mengalami stunting berisiko 3 kali lebih besar, hal ini disebabkan oleh balita yang tidak memperoleh pemberian MP-ASI kurang baik dibandingkan dengan yang memperoleh pemberian MP-ASI yang baik (Ahmad *et al*, 2013:95).

Kabupaten Bima merupakan salah satu wilayah yang ada di Nusa Tenggara Barat. Kabupaten Bima sebagian besar terdiri dari perbukitan, lahan pertanian, wilayah pesisir dan luas hutan yang terbatas. Persebaran pemukiman yang tidak merata serta akses jalan yang tidak memadai. Kabupaten Bima terdiri dari 18 Kecamatan. Fasilitas kesehatan di Kabupaten Bima terdiri dari 1 Rumah Sakit Umum, 20 Puskesmas, 522 posyandu dan 107 polindes (BPS Kabupaten Bima, 2018:120). Pada umumnya permasalahan yang ada di Kabupaten Bima disebabkan karena menu makanan yang kurang beragam, makanan yang kurang

memenuhi standart gizi, serta ibu balita yang belum menyadari pentingnya ASI eksklusif (Dinkes Kabupaten Bima, 2018).

Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG), prevalensi *stunting* di Kabupaten Bima pada tahun 2015 sebesar 26,0%, tahun 2016 mengalami penurunan sebesar 24,5% dan tahun 2017 mengalami peningkatan sebesar 36,6% (Kemenkes RI, 2018b:134). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan, prevalensi *stunting* pada tahun 2018 di Puskesmas Woha yakni sebesar 39,65% (Dinas Kesehatan Kabupaten Bima, 2018). Hasil Elektronik Pencatatan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (EPPGBM), prevalensi *stunting* di Puskesmas Woha Kabupaten Bima pada tahun 2019 sebesar 33,1% dan per february tahun 2020 mengalami penurunan sebesar 23,54%. Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan dengan petugas Puskesmas Woha Kabupaten Bima, tingginya angka kejadian *stunting* di Puskesmas Woha disebabkan oleh makanan yang kurang beragam dan makanan yang kurang memenuhi standart gizi. Hal ini terjadi karena di wilayah Kecamatan Woha hanya terdapat satu pasar dan ada beberapa desa yang susah atau jauh untuk menjangkau pasar sehingga untuk membeli kebutuhan sehari-hari masyarakat susah dan masyarakat sangat bergantung dengan penjual keliling yang menjual sayur dan ikan. Apabila pedagang keliling tersebut tidak menjual maka mereka hanya makan seadanya.

Upaya yang telah dilakukan oleh pihak Puskesmas Woha untuk mengurangi *stunting* adalah dengan menggunakan kelas gizi untuk memberikan penyuluhan di setiap posyandu. Adapun sasarannya adalah semua ibu balita yang memiliki balita yang berstatus gizi baik maupun balita yang berstatus gizi buruk. Selain itu, pemberian makanan tambahan (PMT) tetapi PMT hanya diberikan kepada balita yang berstatus gizi buruk. Selain itu, kegiatan gizi Puskesmas Woha bekerjasama dengan Dinas Pertanian Kabupaten Bima, Dinas Kesehatan dan Dari Desa. Bantuan yang diberikan berupa sembako, pembuatan jamban sehat dan Desa atau pihak terkait memprioritaskan balita yang berstatus *stunting* karena rata-rata balita yang mengalami *stunting* berasal dari keluarga miskin. Berdasarkan latar belakang di atas peneliti merasa tertarik untuk mengetahui

bagaimana pola asuh gizi dan kejadian stunting pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana pola asuh gizi, tingkat konsumsi dan kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pola asuh gizi, tingkat konsumsi dan kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik anak balita (umur, jenis kelamin) usia 6-24 bulan berdasarkan kejadian *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima
- b. Mendeskripsikan karakteristik keluarga (tingkat pendidikan ibu, tingkat pengetahuan ibu tentang gizi, status pekerjaan ibu, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, dan pengeluaran pangan keluarga) usia 6-24 bulan berdasarkan kejadian *stunting* di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima
- c. Mendeskripsikan pola asuh gizi anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima
- d. Mendeskripsikan konsumsi makanan (tingkat konsumsi dan pola konsumsi) anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima

- e. Mendeskripsikan kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima
- f. Menganalisis hubungan antara tingkat konsumsi makanan (zat gizi makro dan mikro) dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima
- g. Menganalisis hubungan antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi makanan (zat gizi makro dan mikro) pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima
- h. Menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima
- i. Menganalisis hubungan antara pola asuh gizi dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan mengembangkan ilmu pengetahuan kesehatan khususnya di bidang gizi masyarakat terutama tentang pola asuh gizi dan kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Instansi Kesehatan

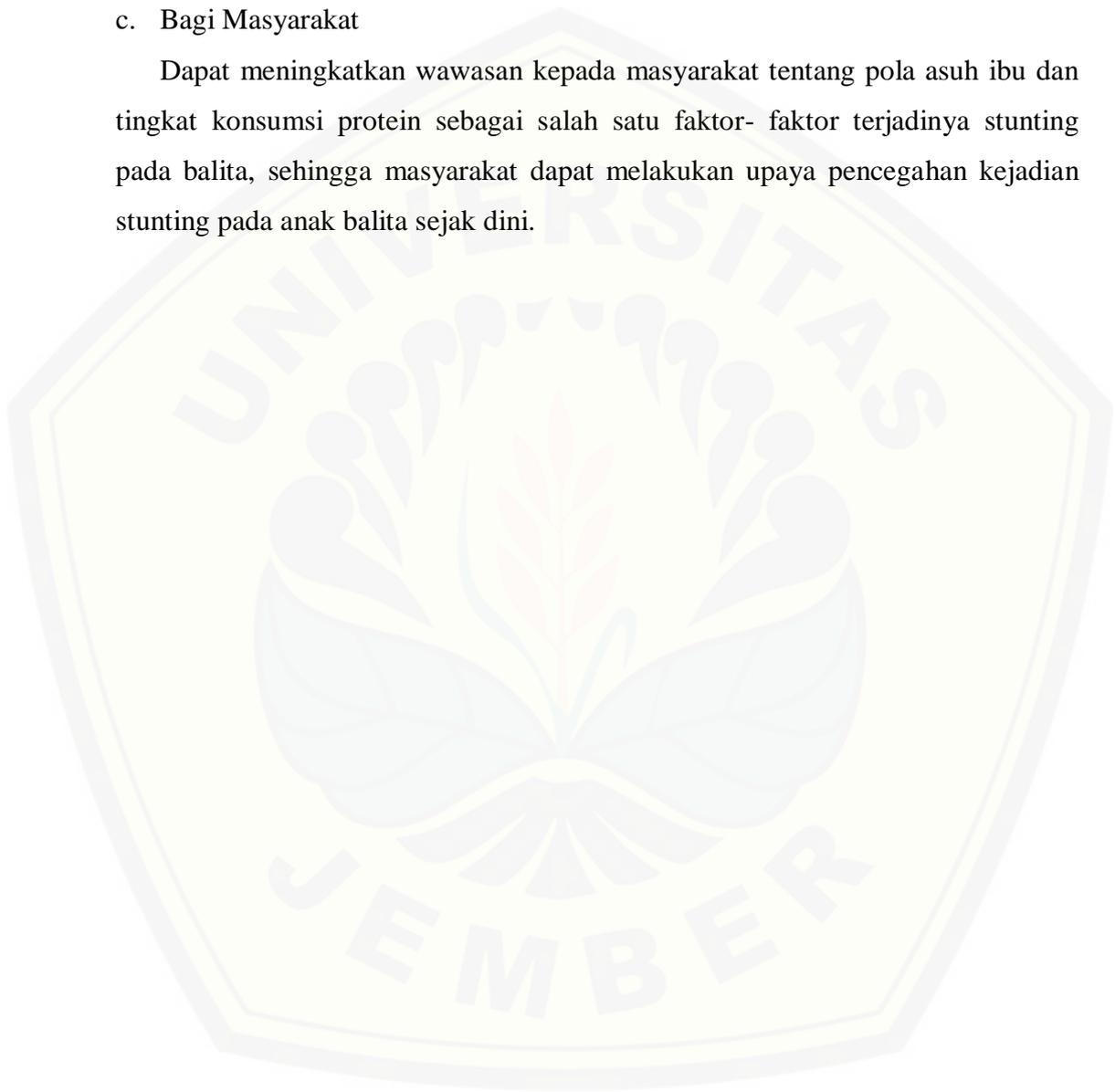
Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan pengetahuan serta dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk perencanaan program pencegahan dan penanggulangan *stunting* pada balita secara efektif dan efisien sehingga dapat menurunkan angka prevalensi *stunting* pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.

b. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan referensi dalam mata kuliah Gizi Kesehatan Masyarakat mengenai program penanggulangan dan pencegahan kejadian stunting pada anak balita.

c. Bagi Masyarakat

Dapat meningkatkan wawasan kepada masyarakat tentang pola asuh ibu dan tingkat konsumsi protein sebagai salah satu faktor- faktor terjadinya stunting pada balita, sehingga masyarakat dapat melakukan upaya pencegahan kejadian stunting pada anak balita sejak dini.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Stunting*

2.1.1 Pengertian *Stunting*

Stunting merupakan salah satu masalah gizi yang disebabkan oleh kurangnya asupan makanan atau pola makan yang buruk dan penyakit infeksi sehingga dapat mengakibatkan terganggunya pertumbuhan dan perkembangan anak. *Stunting* adalah kondisi gizi kronis yang diakibatkan oleh kurangnya asupan gizi dalam kurun waktu yang lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi yang menyebabkan postur tubuh dewasa tidak sesuai dengan umurnya (Paramashanti, 2019:201).

Stunting (pendek) diukur menggunakan indeks tinggi badan atau panjang badan menurut umur (Badan Penelitian dan Pengembangan, 2013:211). Sedangkan menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2010:4), *Stunting* adalah salah satu bentuk kekurangan gizi yang didapatkan dari hasil perhitungan tinggi badan menurut usia (TB/U) dibawah standar deviasi (<-2 SD). Menurut WHO, batas angka kejadian *stunting* suatu negara yang telah ditetapkan sebesar 20% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

2.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Stunting*

Pada dasarnya banyak faktor yang mempengaruhi kejadian *stunting*, meliputi faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor penyebab langsung terjadinya *stunting* adalah penyakit infeksi dan asupan zat gizi yang tidak seimbang baik secara kualitas maupun kuantitas (Sulistiyani, 2011:9). Sedangkan menurut Tufts (2001) dalam The Word Bank (2007:22), tidak adekuatnya asupan makanan dan infeksi serta status berat badan lahir juga merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian *stunting*. Faktor tidak langsung yang menyebabkan *stunting* adalah jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan, umur, suku bangsa/ras, kondisi sanitasi yang kurang baik, pola asuh, rendahnya ketahanan

pangan di tingkat rumah tangga, dan tingkat pendidikan ibu (Soetjningsih, 2012:61-67).

a. Secara Langsung

1) Asupan Makanan (Konsumsi makanan yang tidak adekuat)

Zat gizi sangat berperan penting dalam tubuh. Apabila anak kekurangan gizi maka akan mengakibatkan tumbuh kembang anak terhambat. Untuk menjamin pertumbuhan optimal dan perkembangan anak diperlukan gizi yang cukup. Yang menimbulkan ketidakcukupan pasokan gizi ke dalam sel-sel tubuh yaitu konsumsi makan yang tidak seimbang (Indrawani dalam Dapertemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM-UI, 2007). Akibatnya, anak yang gizi kurang akan menjadi lebih pendek dari anak yang seusianya (Wijayanti, 2016:10). Anak membutuhkan semua zat gizi utama meliputi protein, lemak, serat, vitamin dan mineral. Zat gizi yang dibutuhkan oleh anak ditentukan oleh usia, jenis kelamin, berat badan, aktivitas, dan tinggi badan (Marimbi, 2010:112).

Terdapat beberapa zat gizi yang berhubungan dengan pertumbuhan tinggi badan balita sebagai berikut:

a) Energi

Asupan energi yang dibutuhkan oleh anak-anak dipengaruhi oleh laju pertumbuhan, basal metabolisme dan energi yang dikeluarkan melalui aktivitas (Oktarina, 2012:21). Energi dalam tubuh dapat ditimbulkan karena adanya pembakaran karbohidrat, lemak dan protein, dengan demikian selalu tercukupi energinya sehingga diperlukan pemasukan zat-zat yang cukup ke dalam tubuh (Suhardjo, 2005). Sumber energi yang berkonsentrasi tinggi adalah bahan makanan sumber lemak seperti, lemak dan minyak, kacang-kacangan dan biji-bijian. Sedangkan bahan makanan sumber karbohidrat seperti padi-padian, umbi-umbian dan gula murni. Semua makanan yang dibuat dari bahan makanan tersebut merupakan sumber energi (Almatsier, 2009:147).

Kekurangan energi terjadi apabila konsumsi energi melalui makanan kurang dari energi yang dikeluarkan. Tubuh akan mengalami keseimbangan energi negatif. Sehingga akan berakibat berat badan kurang dari berat badan

seharusnya atau berat badan ideal. Apabila terjadi pada bayi dan anak-anak akan menghambat pertumbuhan (Almatsier, 2009:150). Konsumsi energi yang rendah akan beresiko stunting pada anak. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Suiraoaka *et al*, 2011:79) bahwa dari balita yang berstatus gizi pendek (*stunting*) terdapat 21 (46,7%) balita yang asupan energinya kurang.

b) Protein

Protein merupakan zat gizi yang sangat penting bagi tubuh, karena selain sebagai sumber energi, protein juga berfungsi sebagai zat pembangun dan pengatur di dalam tubuh. Fungsi utama protein bagi tubuh adalah pembentukan senyawa tubuh esensial, regulasi keseimbangan, pembentukan antibodi, zat transpalasi gizi, mempertahankan netralisasi tubuh, serta pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan (Muchtadi, 2014:26). Protein yang lengkap (mengandung semua asam amino esensial) dan nilai biologi yang tinggi (penggunaan untuk pertumbuhan) merupakan protein yang berkualitas baik (Devi, 2010:36). Sumber makanan energi protein hewani merupakan komponen makanan yang penting bagi anak sebagai sumber protein dan zat gizi makro. Kurangnya konsumsi sumber makanan yang berasal dari protein akan menyebabkan faktor resiko terjadinya *stunting* atau kurang gizi pada anak (Hardiyansyah & Supariasa, 2016:47).

Sumber protein yang baik adalah bahan makanan hewani, dalam jumlah maupun mutu, seperti susu, telur, daging, ikan kerang dan unggas. Sedangkan sumber protein nabati adalah kacang kedelai dan hasilnya, seperti tempe dan tahu, kacang-kacangan lainnya. Kacang kedelai merupakan sumber protein nabati yang mempunyai mutu atau nilai biologi tertinggi (Almatser, 2009:100). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Suiraoaka *et al*, 2011:97) menyatakan bahwa terdapat 36 balita yang memiliki asupan protein yang kurang berstatus gizi *stunting* (pendek). Di maluku, balita yang kekurangan asupan protein 3,7 kali lebih tinggi mengalami stunting dibandingkan dengan balita yang asupan protein cukup (Asrar *et al*,

2009:92). Sedangkan di Nusa Tenggara Timur resiko *stunting* 5,34 kali pada balita dengan asupan rendah protein (Nubuasa *et al*, 2013:156).

c) Kalsium

Menurut Almatsier (2009:235), Kalsium adalah salah satu zat gizi makro elemen, yaitu mineral yang dibutuhkan dalam tubuh dalam jumlah lebih dari 100 mg sehari. Kalsium merupakan mineral paling banyak terdapat dalam tubuh. Sekitar 99% total kalsium dalam tubuh ditemukan dalam jaringan keras. Kalsium berfungsi sebagai pembentukan tulang dan gigi, mengatur konsentrasi otot termasuk denyut jantung, berperan dalam proses pembentukan darah, dan sebagai katalis reaksi biologis (Hardiansyah & Supariasa, 2016:84).

Sumber utama kalsium adalah susu dan hasil susu seperti keju. Sumber kalsium yang baik lainnya seperti ikan yang dimakan dengan tulangnya, sereal, kacang-kacangan dan hasil olahannya seperti tempe dan tahu, serta sayuran hijau. Apabila makan makanan yang seimbang maka kebutuhan kalsium terpenuhi. Kekurangan kalsium pada balita akan berpotensi mengalami gangguan pertumbuhan tulang kurang kuat, mudah bengkok dan rapuh (Almatsier, 2009:242). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari *et al* (2016:157) menunjukkan bahwa asupan kalsium pada anak lebih rendah daripada anak normal, prevalensi *stunting* pada anak asupan rendah lebih besar 3,625 kali daripada anak yang tidak *stunting*.

d) Zink (Zn)

Zink memiliki peran yang sangat penting dalam proses metabolisme. Selain itu, *zink* juga berperan dalam metabolisme asam nukleat dan sintesis protein (Andriani & Wrijatmadi, 2012:206). Selain itu, zink juga berperan dalam fungsi kekebalan tubuh dan pembentukan antibodi. Defisiensi *zink* dapat terjadi pada golongan rentan seperti ibu hamil, anak-anak dan ibu menyusui serta orangtua. Gangguan pertumbuhan dan kematangan seksual adalah tanda-tanda kekurangan *zink* (Almatsier, 2009:263).

Sumber utama zink yang paling baik adalah sumber makanan hewani terutama daging, kerang, telur dan hati. Selain itu, sumber makanan lain yang

mengandung *zink* adalah sereal dan kacang-kacangan, tetapi memiliki ketersediaan biologik yang rendah (Almatsier, 2009:262).

e) Zat Besi

Zat besi merupakan salah satu zat gizi mikro yang mempunyai pengaruh luas dalam aktivitas metabolisme tubuh dan sangat penting dalam proses pertumbuhan (Almatsier, 2009:150). Fungsi zat besi meliputi metabolisme energi, meningkatkan kekebalan tubuh dan meningkatkan kemampuan belajar. Sumber zat besi yang paling baik atau utama adalah makanan hewani seperti, daging, ayam dan ikan. Sumber baik lainnya adalah telur, serial tumbuk, kacang-kacangan, sayuran hijau, dan beberapa jenis buah. (Almatsier, 2009:254-256).

Menurut (Permenkes RI, 2019) menyatakan bahwa angka kecukupan gizi yang dianjurkan berdasarkan AKG (2019) sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Kebutuhan Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2019

Usia	BB (kg)	TB (cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	KH (g)	Serat (g)	Air (mL)
0-5 bln	6	60	550	9	31	59	0	700
6-12 bln	9	72	800	15	35	105	11	900
1-3 thn	13	92	1350	20	45	215	19	1150
4-6 thn	19	113	1400	25	50	220	20	1450
7-9 thn	27	130	1650	40	55	250	23	1650

Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2019

Tabel 2. 2 Kebutuhan Mineral

Mineral	Kelompok umur				
	0-5 bulan	6-11 bulan	1-3 tahun	4-6 tahun	7-9 tahun
Kalsium (mg)	200	270	650	1000	1000
Fosfor (mg)	100	275	460	500	500
Magnesium (mg)	30	55	65	95	135
Natrium (mg)	120	370	800	900	1000
Kalium (mg)	400	700	2600	2700	3200
Mangan (mg)	0.003	0.7	1.5	1.5	1.7
Tembaga (mcg)	200	220	340	440	570
Kromium (mcg)	0.2	6	14	16	21
Besi (mg)	0.3	11	7	10	10
Iodium (mg)	90	120	90	120	120
Seng (mg)	1.1	3	3	5	5
Selenium (mcg)	7	10	18	21	22
Klor (mg)	180	570	1200	1300	1500

Flour (mg)	0.01	0.5	0.7	1.0	1.4
------------	------	-----	-----	-----	-----

Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2019

2) Penyakit infeksi

Penyakit infeksi adalah timbulnya gejala atau respon imunologik yang diakibatkan oleh adanya bibit penyakit atau agen yang masuk dan berkembangbiak dalam tubuh manusia atau pejamu. Gejala penyakit akan timbul ketika kerusakan anatomik terjadi maupun fungsional dalam tubuh seseorang. Ada beberapa hal yang berpengaruh terhadap penyakit infeksi antara lain, respon tubuh terhadap mikroorganisme, mikroorganisme masuk ke dalam tubuh, serta sifat penyakit umum (Mandal *et al*, 2008) dalam (Triagustin, 2013:11). Menurut Supariasa *et al* (2012), Terdapat hubungan yang sangat erat antara infeksi (bakteri, parasit dan virus) dengan malnutrisi. Penyakit infeksi merupakan salah satu faktor resiko terjadinya gangguan pertumbuhan (Anisa, 2012:74).

3) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Menurut Hadi (2005), Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir kurang dari 2500 gram. Dalam lima tahun pertama kehidupan, anak balita yang mengalami gizi kurang mulai dari bayi dengan BBLR mempunyai risiko lebih tinggi untuk meninggal. Penelitian yang dilakukan oleh Fitri (2018:135), menyatakan bahwa berat lahir ada berhubungan dengan kejadian *stunting*. Hal ini sejalan dengan penelitian Nasution *et al* (2014:36) bahwa Berat badan lahir rendah berhubungan dengan kejadian *stunting*. Berat lahir merupakan salah satu faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian *stunting* (Oktarina, 2012:81). Anak dengan riwayat kelahiran BBLR berisiko 5,6 kali lebih besar mengalami *stunting* dibandingkan anak yang riwayat kelahiran normal (Nasution *et al*, 2014:34).

4) Genetik

Menurut Andriani & Wirjatmadi (2016:54), Faktor genetik adalah salah satu modal dasar dalam mencapai hasil akhir dari proses tumbuh kembang anak. Faktor ini juga merupakan faktor bawaan yang normal dan patologis, jenis kelamin, dan ras atau suku bangsa. Gangguan pertumbuhan di negara maju kebanyakan disebabkan oleh faktor genetik (Soetjiningsih & Ranuh, 2012:61).

Hasil penelitian Nashikahet *al* (2012:182), menyebutkan bahwa tinggi badan orangtua merupakan faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian *stunting*. Hal ini disebabkan apabila orang tua pendek akibat kekurangan zat gizi atau penyakit, kemungkinan anak dapat tumbuh dengan tinggi badan normal selama anak tidak terpapar faktor risiko lain.

b. Secara tidak Lansung

1) Jenis kelamin

Menurut Andriani & Wirjatmadi (2016:177), pada umumnya wanita lebih cepat tumbuh atau dewasa dibandingkan dengan anak laki-laki. Kebutuhan gizi seseorang ditentukan oleh jenis aktivitas fisiknya dan jenis kelaminnya. Pria lebih banyak membutuhkan energi dan protein dibandingkan wanita. Wanita tidak sanggup mengerjakan pekerjaan berat yang biasanya pria kerjakan. Kebutuhan gizi anak laki-laki dan perempuan berbeda. Belum diketahui secara pasti bahwa anak laki-laki lebih sering sakit dibandingkan anak perempuan. Hasil penelitian di Bogor menunjukkan bahwa balita yang berjenis kelamin laki-laki lebih rendah mengalami *stunting* dari pada anak perempuan pada usia 6-12 bulan (Rukmana *et al*, 2016:195). Berdasarkan kondisi lingkungan dan pola pertumbuhan menyatakan bahwa pemberian makanan pada anak laki-laki lebih baik dibandingkan anak perempuan (Nasikhah *et al*, 2012:181).

2) Pendidikan ibu

Semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu sangat berpengaruh terhadap perawatan kesehatan, serta kesadaran terhadap kesehatan gizi anak-anak dan keluarganya. Pemahaman pengetahuan gizi seseorang juga ditentukan oleh tingkat pendidikan. Pendidikan ibu yang baik akan lebih banyak menerima informasi dari luar mengenai pola pengasuhan yang baik, mendidik dan menjaga kesehatan anak (Soetjiningsih & Ranuh, 2012:66). Ibu dengan pendidikan tinggi mempunyai pengetahuan yang lebih luas mengenai hal praktik perawatan anak serta menjaga dan merawat lingkungan supaya tetap bersih (Tanguri *et al*, 2007) dalam (Ni'mah & Nadhiroh, 2015:17). Hasil penelitian yang dilakukan di Papua menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* (Wiyogowati, 2012:67). Hal ini sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh Aridiyah *et al* (2015:169), bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian stunting baik di perkotaan maupun dipendesaan.

3) Pengetahuan gizi ibu

Salah satu faktor internal mengenai perubahan perilaku dalam peningkatan status gizi juga dipengaruhi oleh pengetahuan mengenai gizi. Menurut pendapat Aridiyah *et al* (2015:166), pengetahuan ibu akan menentukan perilaku ibu dalam proses menyediakan makanan untuk anaknya. Ibu dengan pengetahuan gizi yang baik dapat menyediakan makanan dengan jenis dan jumlah yang tepat untuk mendukung pertumbuhan anak balita. Pengetahuan gizi ibu merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kejadian *stunting* (Aridiyah *et al*, 2015:166). Tingkat pengetahuan ibu dengan status gizi pada anak memiliki hubungan yang bermakna (Pahlevi *et al*, 2012:126). Ibu balita normal memiliki pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan ibu balita stunting (Ni'mah & Nadhiroh, 2015:17).

4) Jumlah anggota keluarga

Keluarga besar merupakan banyaknya anggota keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, anak dan anggota keluarga lainnya yang hidup dari pengolahan sumber daya yang sama. Status gizi keluarga dipengaruhi oleh kualitas dan kuantitas pangan, serta pengeluaran pangan anggota keluarga besar juga dipengaruhi oleh jumlah pangan yang dikonsumsi (Jayanti, 2015:24). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Aridiyah *et al* (2015:166), menyatakan bahwa jumlah anggota keluarga merupakan faktor yang mempengaruhi terjadi *stunting* pada anak balita di daerah perkotaan dan pedesaan. Ketersediaan dan distribusi makanan yang merata dan seimbang mempengaruhi jumlah anggota keluarga serta mengurangi faktor resiko terjadinya *stunting* pada anak balita. Semua anggota keluarga harus mendapatkan kebutuhan yang cukup baik energi, protein, dan zat gizi lainnya yang dapat memenuhi kebutuhan tubuh setiap harinya (Soekiman, 2000).

5) Pendapatan keluarga

Kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi ditentukan oleh tingkat pendapatan. Pendapatan keluarga yang semakin tinggi dapat memperbesar peluang memilih pangan yang lebih baik. Meningkatnya pendapatan seseorang

mengakibatkan terjadinya perubahan-perubahan dalam susunan makanan (Suhardjo, 2005).Tingkat pendapatan tertentu diperlukan untuk memenuhi gizi seimbang (Sudirman, 2008:36).

Menurut Joyomartono (2004:98), tingkat pendapatan keluarga dan komposisi dari suatu keluarga berasosiasi dengan kualitas dan kuantitas diet yang dilakukan didalam keluarga tersebut. Sehingga tingkat pendapatan juga sangat berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan gizinya. Semakin tinggi pendapatan rumah tangga maka semakin berkurang atau rendah pola makan pangan. Anak pada keluarga dengan berstatus ekonomi rendah memiliki risiko *stunting* 4,13 kali lebih besar dibandingkan dengan anak pada status ekonomi keluarga tinggi (Kusuma & Nuryanto, 2013:13).

6) Pengeluaran Pangan Keluarga

Menurut Berg dalam Saraswati (2008), menyatakan bahwa Pengeluaran merupakan faktor penting bagi kuantitas dan kualitas makanan karena semakin tinggi pengeluaran untuk pangan maka semakin bertambah pula presentase pembelanjaan termasuk buah-buahan, sayur-sayuran dan jenis makanan lainnya. Besarnya pengeluaran untuk makan keluarga sangat tergantung dari jumlah pendapatan. Peningkatan pendapatan tidak hanya akan meningkatkan keanekaragaman konsumsi pangan tetapi juga akan berakibat pada peningkatan konsumsi protein hewani, lemak, dan gula termasuk peningkatan konsumsi pangan dari luar rumah.

Menurut hukum engel mengenai hubungan pendapatan dan pengeluaran untuk makan menjelaskan bahwa semakin besar pendapatan keluarga maka semakin kecil pengeluaran untuk makan, meskipun jumlah absolut untuk makan lebih besar. Apabila disuatu daerah presentase untuk makan tinggi, maka status ekonomi dan sosial rendah bila kebutuhan untuk makan 50-60%. Sehingga semakin rendah status ekonomi maka semakin besar pengeluaran untuk makan (Andriani dan Wirjatmadi, 2016:327). Apabila tingkat penghasilan suatu keluarga naik, maka jumlah pengeluaran untuk kebutuhan pokok khususnya makan juga akan bertambah banyak (Gilarso, 2004:63).

2.1.3 Penilaian Status Gizi *Stunting*

Metode antropometri merupakan salah satu metode untuk mengukur status gizi pada balita. Antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Kondisi pertumbuhan skeletal digambarkan oleh antropometri tinggi badan. Pada keadaan normal tinggi badan tumbuh seiring dengan pertumbuhan umur. Terdapat beberapa indeks antropometri yang sering digunakan yaitu BB/U, TB/U, dan BB/TB berdasarkan standart deviasi unit z (*z-score*) (supariasa *et al*, 2016:65-68).

Indeks pengukuran yang digunakan untuk mengukur anak balita yang mengalami stunting atau normal yaitu tinggi badan menurut umur (TB/U). Untuk menilai status gizi anak, maka ditentukan dengan nilai *Z-score* tinggi badan atau panjang badan menurut umur berdasarkan baku antropometri WHO 2005, selanjutnya berdasarkan nilai *Z-score* status gizi anak dikategorikan sebagai berikut:

Tabel 2. 3 Kategori status gizi

Indeks	Kategori status gizi	Ambang batas (<i>Z-score</i>)
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Sangat pendek	<-3 SD
	Pendek	-3 SD s/d < -2 SD
	Normal	-2 SD s/d 2 SD
Anak Umur 0-60 Bulan	Tinggi	>2 SD

Sumber : Kemenkes RI, 2010

Tinggi badan merupakan parameter antropometri untuk mengukur pertumbuhan tinggi badan dan panjang badan. Alat ukur yang digunakan untuk mengukur tinggi badan adalah mikrotoa (*microtoise*) dan alat ini digunakan untuk mengukur anak yang berusia lebih dari 2 tahun dengan mempunyai ketelitian 0,1 cm. Sedangkan anak yang berusia 0-2 tahun menggunakan alat ukur panjang badan.

a. Pengukuran Panjang Badan

Pengukuran panjang badan menggunakan alat ukur yaitu papan pengukur panjang badan (*infantometer*). Pengukuran panjang badan hanya dapat diukur pada anak yang berusia kurang dari 2 tahun dan tidak dapat berdiri tegak.

Prosedur pengukuran panjang badan menggunakan *infantometer* sebagai berikut:

- 1) Meletakkan alat pengukur panjang badan pada permukaan datar yang keras dan rata seperti meja atau lantai.
- 2) Memutar sekrup pengatur skala sampai angka menunjukkan angka 0 (nol).
- 3) Menidurkan bayi/anak dengan posisi terlentang pada alat dengan posisi kepala menempel pada dinding papan atas.
- 4) Mengatur posisi agar bagian tumit, belakang kepala dan pantat menempel pada alat ukur.
- 5) Merapatkan kedua kaki dan tekan lutut bayi/anak sampai lurus dan menempel pada alat ukur dengan menggunakan tangan kiri.
- 6) Membaca panjang badan dengan akurasi 0,1 cm dan mencatat hasil.
- 7) Mempersilahkan anak turun dari alat ukur dan mengucapkan terimakasih kepada ibu bayi dan anak.

b. Pengukuran Tinggi Badan

Pengukuran tinggi badan menggunakan alat ukur yaitu *microtoise* yang mempunyai ketelitian 0,1 cm. Alat ini sangat mudah digunakan, biaya terjangkau, mudah dibawa, dan dapat digunakan dimana saja tanpa memerlukan tempat yang khusus. Adapun kelemahannya yaitu setiap kali akan melakukan pengukuran harus menempel pada dinding.

Prosedur pengukuran tinggi badan dengan menggunakan *microtoise* sebagai berikut:

- 1) Mencari tempat yang datar tidak ada lekukan atau tonjolan atau dapat meletakkan alat bantu papan yang rata sebagai tempat pijakan responden.
- 2) Memasangkan *microtoise* pada dinding dengan menggunakan paku sebagai penyangga sehingga tegak lurus.
- 3) Memastikan *microtoise* yang telah dipasang dalam keadaan 0 (nol) dan stabil tepat pada lantai yang rata atau tempat pijakan responden.
- 4) Meminta responden untuk melepaskan sandal atau sepatu yang dapat mengganggu pengukuran. Kemudian anak dipersilahkan naik ke alas atau lantai yang rata.

- 5) Meminta responden untuk menempelkan kepala, bahu, pantat dan tumit pada dinding yang telah dipasang *microtoise*.
- 6) Meminta responden untuk berdiri tegak lurus dan pandangan ke depan tepat di bawah alat *microtoise*.
- 7) Menarik perlahan *microtoise* sampai menyentuh dan tepat berada ditengah kepala responden. Ketika alat *microtoise* ditarik tetap menempel pada dinding.
- 8) Membaca dan menentukan tinggi badan responden dengan akurasi 0,1 cm. Setelah, itu mencatat hasil dan responden dipersilahkan turun dari alas papan dan ucapkan terima kasih.

Menurut WHO, anak balita yang berusia kurang dari 2 tahun diukur menggunakan panjang badan (PB). Sedangkan untuk anak balita berusia lebih dari 2 tahun diukur menggunakan *microtoise*. Anak balita yang berusia kurang dari 2 tahun diukur menggunakan panjang badan (PB), tetapi hasilnya harus dikoreksi terlebih dahulu yaitu ditambah 0,7 cm. Untuk anak balita berusia lebih dari 2 tahun diukur menggunakan *microtoise*, tetapi hasilnya harus dikoreksi terlebih dahulu yaitu dikurangi 0,7 cm (Par'i, 2014:41-46).

2.1.4 Pengukuran Konsumsi Makanan

Pengukuran konsumsi makanan adalah salah satu metode pengukuran status gizi secara tidak langsung dengan cara mengukur kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi baik tingkat individu, rumah tangga dan masyarakat. Metode pengukuran makanan individu dibagi menjadi dua kelompok metode yaitu metode kualitatif dan kuantitatif. Metode kualitatif meliputi frekuensi maka, *dietary history*, dan pendaftaran makanan (*foodlist*). Sedangkan metode kuantitatif meliputi *recall* 24 jam, perkiraan makanan, penimbangan makanan, metode inventaris dan pencatatan makanan (Kusharto dan Supariasa, 2014:12-13).

a) Metode *Recall* 2x24 jam

Metode *recall* 24 jam adalah salah satu metode survei konsumsi yang digunakan untuk menanyakan dan menggali makanan dan minuman yang

dikonsumsi oleh responden baik yang dikonsumsi didalam rumah maupun diluar rumah selama 24 jam yang sudah berlalu (Kusharto dan Supariasa, 2014:23).

Dalam melaksanakan metode recall 24 jam terdapat beberapa langkah sebagai berikut (Kusharto dan Supariasa, 2014:28):

- (1) Peneliti meminta responden untuk mengingat kembali semua makanan dan minuman yang dimakan dan minum selama 24 jam yang lalu.
- (2) Kemudian responden diminta untuk menguraikan setiap bahan makanan yang sudah dimakan sejak mulai dari makan pagi hingga berakhirnya hari tersebut secara mendetail.
- (3) Setelah itu responden diminta untuk memberikan perkiraan ukuran untuk setiap porsi makanan yang telah dikonsumsi dan disesuaikan dengan ukuran rumah tangga yang biasa digunakan, dapat menggunakan bantuan seperti berbagai foto alat dan bahan makanan serta dapat juga memakai food model.
- (4) Perwawancara dan responden mengecek dan mengulangi kembali apa yang sudah dimakan agar responden dapat mengingat kembali apa yang sudah dikonsumsi.
- (5) Perwawancara mengubah ukuran porsi menjadi setara dengan ukuran gram
- (6) Perwawancara menganalisis bahan makanan yang telah diketahui beratnya kedalam zat-zat gizi melalui bantuan TKPI dan *software nutrisurvey*.
- (7) Kemudian membandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang digunakan untuk orang Indonesia tahun 2019.
- (8) Menghitung kecukupan gizi individu dengan membandingkan berat badan aktual dengan berat badan ideal dalam AKG sesuai dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{Kecukupan gizi individu} = \frac{\text{Berat badan (BB) aktual}}{\text{Berat badan (BB) standar}} \times \text{AKG}$$

- (9) Kemudian tingkat konsumsi zat gizi dihitung, dengan menggunakan rumus:

$$\text{Tingkat konsumsi zat gizi} = \frac{\text{Asupan zat gizi}}{\text{AKG zat gizi}} \times \text{AKG}$$

(10) Tingkat kecukupan gizi dinyatakan kedalam bentuk persen. Dengan *cut of point* interpretasi hasil sebagai berikut:

Di atas AKG	: Diatas 120% AKG
Normal	: 90 -120% AKG
Defisit tingkat ringan	: 80-89% AKG
Defisit tingkat sedang	: 70-79% AKG
Defisit tingkat berat	: Kurang dari 70% AKG

(Kusharto dan Supariasa, 2014:63).

(11) Tingkat klasifikasi zat gizi mikro dibagi menjadi dua antara lain:

Kurang	: <77% AKG
Cukup	: ≥77% AKG

(Gibson, 2005:218).

b) Metode *Food Frequency Questionnaires (FFQ)*

Metode frekuensi makanan yaitu untuk memperoleh data asupan energi dan zat gizi lainnya dari konsumsi makan dalam sehari, seminggu, atau sebulan selama periode tertentu dengan menentukan frekuensi penggunaan sejumlah makanan jadi atau bahan makanan yang digunakan sebagai sumber utama dari zat gizi (Supariasa *et al*, 2016:108-109).

Menurut Supariasa *et al* (2016:109), adapun langkah-langkah yang dilakukan untuk melakukan metode frekuensi makanan, antara lain:

- (1) Responden diminta untuk memberi tanda tangan pada daftar makanan yang telah tersedia di kuisioner mengenai frekuensi penggunaannya dan ukuran porsi.
- (2) Kemudian melakukan rekapitulasi mengenai frekuensi penggunaan jenis-jenis bahan makanan terutama bahan makanan yang merupakan sumber zat gizi tertentu selama periode tertentu.

2.2 Pola Asuh Gizi

2.2.1 Pengertian Pola Asuh

Status gizi anak dipengaruhi secara tidak langsung oleh pola pengasuhan. Pola asuh merupakan pratek pemeliharaan kesehatan yang diterapkan kepada anak balita. Untuk menjadikan daya tahan anak supaya dapat mengoptimalkan perkembangan fisik mental dan kesehatan anak diperlukan pola asuh yang baik (Anasiru & Domili, 2018:14). Pola asuh merupakan sikap dan perilaku ibu atau pengasuh yang baik yang berperan penting terhadap pemberian makan, memberikan kasih sayang, menjaga kebersihan dan sebagainya yang berhubungan dengan keadaan ibu dalam kesehatan baik secara fisik maupun mental (Soekirman, 2000:84).

Pola asuh merupakan faktor risiko yang mempengaruhi tumbuh kembang anak usia di bawah lima tahun. Semakin baik pola asuh dan sikap orang tua dalam mendidik anak maka akan baik pula untuk bisa memaksimalkan perkembangan anak (Kusparlina, 2016:117). Pada anak *stunting* ditemukan hasil bahwa pola asuh kurang pada anak *stunting* memiliki nilai yang sama dengan status gizi normal. Pola asuh dengan kejadian *stunting* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan ($p > 0,05$) (Hendrayati *et al*, 2014:57). Pola asuh bukan merupakan faktor pendukung kejadian *stunting* pada anak balita (Anasiru & Domili, 2018:12). Kejadian *stunting* cenderung mempunyai riwayat pola asuh yang kurang baik dibandingkan dengan anak normal pada anak yang berumur 6-12 bulan (Astari *et al*, 2005:44). Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Anasiru & Domili, 2018:15) menyatakan bahwa anak usia 12-23 bulan memiliki pola asuh yang cenderung kurang baik akan mengalami kejadian *stunting* 4,714 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang pola asuh baik.

2.2.2 Pengertian Pola Asuh Gizi

Menurut Zeitlin (2000:122), Pola asuh gizi merupakan praktik pemberian makan kepada anak yang dilakukan dirumah tangga dengan tersedianya pangan dan perawatan kesehatan serta sumber lainnya untuk pertumbuhan dan

perkembangan anak, serta untuk kelangsungan hidup. Pola pemberian ASI, makanan dan pelayanan gizi yang diberikan oleh ibu pada anak merupakan pola asuh gizi. Pola asuh gizi akan berpengaruh terhadap asupan gizi dan pelayanan kesehatan anak (Ahmad *et al*, 2013:87). Terdapat 4 aspek kunci pola asuh ibu yang meliputi pemberian ASI dan MP-ASI, perawatan dan perlindungan anak, psikologi, serta praktek kebersihan diri dan sanitasi (Zeitlin, 2000:122).

Pemberian ASI dan MP-ASI serta pelayanan gizi yang baik kepada anak merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kondisi kesehatan dan gizi pada usia bayi. WHO dan UNICEF merekomendasikan empat hal penting makanan yang baik bagi anak usia dua tahun, yang meliputi memiliki inisiatif menyusui dini dalam waktu 30-60 menit pertama setelah bayi lahir, memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan, memberikan MP-ASI mulai 6 bulan dan tetap meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia dua tahun (Ahmad *et al*, 2013:87). Menurut Engle *et al* (1997) dan Astari *et al* (2005:41), praktek pemberian makan atau pola asuh gizi mencakup pemberian ASI eksklusif dan MP-ASI serta persiapan sampai penyimpanan makanan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Supit *et al* (2014), menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara pola perawatan dan pemberian makan kepada anak dengan kejadian *stunting* pada anak balita.

a. Praktek pemberian ASI eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan terbaik untuk bayi. Kesehatan bayi, pertumbuhan dan perkembangan bayi secara optimal sangat dipengaruhi oleh ASI (Sulistiyoningsih, 2011:167). ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja kepada bayi selama 6 bulan tanpa diberikan makanan pendamping ataupun makanan pengganti ASI. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 450/MENKES/SK/VI/2004 tentang pemberian ASI secara eksklusif di Indonesia bahwa menetapkan ASI eksklusif selama 6 bulan dan disarankan sampai dengan 2 tahun dengan pemberian makanan tambahan sesuai umur (Kemenkes RI, 2014:1). ASI mengandung semua zat untuk membangun dan penyediaan energi dalam susunan yang diperlukan. Kandungan ASI memiliki berbagai zat anti infeksi (Adriani & Wirjatmadi, 2016:138). Tercapai pertumbuhan anak yg normal

ditentukan oleh pemberian ASI yang baik oleh ibu sehingga akan membantu menjaga keseimbangan gizi anak. Semakin rendah tingkat pemberian ASI maka akan tinggi angka pertumbuhan anak kategori gizi kurang, baik dilihat dari indeks TB/U atau PB/U (Rahmad *et al*, 2013:94). Hasil penelitian yang dilakukan di sumba Nusa Tenggara Timur, rendahnya informasi yang diperoleh ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif menjadi faktor penyebab ibu tidak memberikan ASI eksklusif pada balita. Ibu balita tidak memberikan ASI eksklusif karena produksi ASI yang tidak adekuat (Loya dan Nuryanto, 2017:87). Praktek pemberian ASI eksklusif di kupang Nusa Tenggara Timur masih rendah, proporsi tertinggi praktek pemberian ASI eksklusif lebih banyak ditemukan pada ibu-ibu menyusui yang tinggal di daerah pedesaan dibandingkan di daerah perkotaan (Hermina *et al*, 2016:31). Anak balita lebih dominan mengalami *stunting* apabila tidak mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan (Rahmad, 2017:12). Meningkatnya resiko *stunting* pada bayi disebabkan karena kurangnya pemberian ASI eksklusif sehingga menyebabkan bayi mudah terkena penyakit infeksi. Balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif beresiko 3,7 kali lebih besar dari pada balita yang mendapatkan ASI eksklusif (Rambitan *et al*, 2017:6).

Menurut Soetjiningsih (2012:94), Tumbuh kembang bayi berkaitan dengan frekuensi ibu menyusui. Jadwal menyusui bayi awalnya tidak teratur, namun setelah dua minggu kemudian akan memiliki pola tertentu. Seharusnya jadwal menyusui bayi disesuaikan dengan kondisi ibunya, contohnya setiap 3 jam sekali diberi ASI dan bisa dimulai dari jam 6 pagi. Meskipun demikian jadwal tersebut tidak selalu seperti itu, bayi dapat menggosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit sehingga dalam waktu 2 jam ASI yang ada dilambung bayi bisa kosong atau habis. Maka dari itu, perlu diperhatikan karna bayi yang menangis belum tentu disebabkan oleh lapar, barangkali bayi sakit perut setelah meminum ASI atau sedang sakit dan lain sebagainya (Pudjiadi, 2005).

b. Praktek pemberian MP-ASI

MP-ASI merupakan makanan pelengkap yang dapat memenuhi kebutuhan zat gizi bayi. Jadi, MP-ASI bermanfaat sebagai penutup kekurangan zat-zat gizi yang terkandung dalam ASI (Krisnatuti *et al*, 2000:128). Tujuan dari

pemberian MP-ASI yaitu sebagai penambah energi dan zat gizi yang dibutuhkan bayi karena ASI tidak dapat mencukupi kebutuhan bayi yang terus meningkat seiring dengan penambahan usia dan berat badan. Apabila kebutuhan energi dan zat gizi bayi tidak terpenuhi maka akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak. Hal ini dikarenakan oleh asupan makanan bayi yang hanya memberikan ASI saja atau pemberian makanan tambahan yang kurang memenuhi syarat. Di sisi lain, terjadinya infeksi pada saluran pencernaan memberikan pengaruh yang cukup besar (Krisnatuti et al, 2000:132). Terdapat hubungan antara pemberian MP-ASI dengan status gizi balita pada usia 6-24 bulan di Manado (datesfordate *et al*, 2017:7). Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh lestari *et al* (2014:190), menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia pemberian MP-ASI dengan status gizi pada anak usia 1-3 tahun. Anak balita yang mengalami stunting berisiko 3 kali lebih besar, hal ini disebabkan oleh balita yang tidak memperoleh pemberian MP-ASI kurang baik dibandingkan dengan yang memperoleh pemberian MP-ASI yang baik (Ahmad *et al*, 2013:95).

Pemberian makanan bayi yang harus diperhatikan adalah ketepatan waktu pemberian, frekuensi, jumlah, jenis bahan makanan, serta cara pembuatannya. Terdapat kebiasaan dalam memberikan makanan yang tidak tepat pada bayi, meliputi memberikan makanan yang tidak cukup dan frekuensi yang kurang, serta makanan yang diberikan terlalu dini (Ahmad *et al*, 2013:95). Menurut Sihan (2005), pemberian MP-ASI wajib memperhatikan AKG yang sudah dianjurkan berdasarkan kelompok dan tekstur makanan yang sesuai dengan perkembangan balita. Pemberian MP-ASI yang terlalu dini dapat mengurangi konsumsi ASI, dan jika terlambat akan menyebabkan bayi kurang gizi.

Pemberian MP-ASI yang sesuai dengan umur anak baik jenis makanan maupun frekuensi makan dalam sehari. Pemberian makanan pada anak yang berdasarkan anjuran (Kemenkes RI, 2016:53-59) sebagai berikut:

Tabel 2. 4 Pemberian MP-ASI

Umur	Bentuk Makanan	Berapa Kali Sehari	Berapa Banyak Setiap Kali Makan
6-9 Bulan	a) ASI b) Makanan lumat (bubur dan makanan keluarga yang dilumatkan)	a) Teruskan pemberian ASI sesering mungkin b) Makanan lumat 2-3 kali sehari c) Makanan selingan 1-2 kali sehari (buah, biskuit)	a) 2-3 sendok makan penuh setiap kali makan, tingkatkan perlahan sampai ½ mangkuk berukuran 250 ml
9-12 Bulan	a) ASI b) Makanan lembek atau dicincang yang mudah ditelan anak. c) Makanan selingan yang dapat dipegang anak diberikan di antara waktu makan lengkap.	a) Teruskan pemberian ASI b) Makanan lembek 3-4 kali sehari c) Makanan selingan 1-2 kali sehari.	a) ½ sampai dengan ¾ mangkuk berukuran 250 ml
12-24 Bulan	a) Makanan keluarga b) Makanan yang dicincang atau dihaluskan jika diperlukan c) ASI	a) Makanan keluarga 3-4 kali sehari b) Makanan selingan 1-2 kali sehari c) Teruskan pemberian ASI	a) ¾ sampai dengan 1 mangkuk ukuran 250 ml b) 1 potong kecil ikan/daging/ayam/telur c) 1 potong kecil tempe/tahu atau 1 sdm kacang-kacangan d) ¼ gelas sayur e) 1 potong buah f) ½ gelas bubur/ 1 potong kue/ 1 potong buah

2.3 Balita

2.3.1 Pengertian Balita

Balita merupakan kependekan dari bawah lima tahun dimana pada kelompok usia ini yang paling sering menjadi sasaran program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Anak balita adalah kelompok atau individu dari suatu penduduk yang berada dalam rentang usia tertentu. Balita merupakan merupakan kelompok

masyarakat yang rentang usia mulai dari usia 1-5 tahun (Susilowati & Kuspriyanto, 2016:158). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2014, menyatakan bahwa balita adalah anak yang berusia 12-59 bulan (Kemenkes, 2014:13). Masa balita merupakan salah satu usia yang sangat penting dalam tumbuh kembang anak secara fisik. Pada usia ini, ditandai dengan pertumbuhan dan perkembangan anak yang sangat pesat sehingga membutuhkan asupan zat gizi yang sesuai dengan kebutuhannya. Angka kecukupan gizi sangat berpengaruh dengan kondisi kesehatan anak balita pada masa yang akan datang (Muaris, 2006) dalam (Oktavianti, 2012:25).

2.3.2 Kebutuhan Gizi Balita

Angka kecukupan gizi adalah banyaknya zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh anak balita untuk mempertahankan status gizi adekuat. Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan yaitu berdasarkan standart berat badan untuk masing-masing kelompok umur, jenis kelamin, aktivitas fisik dan kondisi fisiologis tertentu seperti kehamilan atau mengandung dan menyusui (Almatsier, 2009:300).

a. Energi

Energi merupakan salah satu kemampuan atau tenaga untuk melakukan yang diperoleh dari zat-zat penghasil energi. Kebutuhan energi balita pada tahun pertama per harinya 100-200 kkal/kg BB. Setiap pertambahan umur tiga tahun, kebutuhan energi menurun 10 kkal/kg BB. Penggunaan energi dalam tubuh sebanyak 50% atau 55 kkal/kg BB/hari untuk metabolisme basal, untuk pertumbuhan 12%, 5-10% untuk *Specific Dynamic Action*, dan 25% atau 15-25 kkal/kg/BB/hari untuk aktivitas fisik serta 10% terbuang melalui feses. Jumlah energi yang dibutuhkan oleh tubuh didapatkan dari 50-60% karbohidrat, 25-35% lemak, sedangkan sisanya berasal dari protein yaitu 10-15% (Wirjatmadi & Adriani, 2016:207). Berdasarkan Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi tahun 2013, angka kecukupan gizi untuk anak berusia 1 sampai dengan 3 tahun yaitu sebesar 1000 kkal/orang/hari (Susilowati & Kuspriyanto, 2016:162).

b. Protein

Menurut Susilowati & Kuspriyanto, (2016:163), Protein bermanfaat sebagai prekursor dan neurotransmitter untuk perkembangan otak anak. Protein dibutuhkan untuk pertumbuhan, memelihara dan perbaikan jaringan tubuh, serta membuat enzim pencernaan dan zat kekebalan yang bekerja untuk melindungi tubuh balita. Protein merupakan sumber asam amino yang diperlukan oleh tubuh sebagai zat pembangun dan memelihara keseimbangan asam basa cairan tubuh dan energi. Asupan gizi yang baik untuk balita juga terdapat dalam makanan yang mengandung protein. Kebutuhan protein yang dibutuhkan oleh anak balita perhari adalah 2,5-3g/kg BB balita (Wirjatmadi & Adriani, 2016:208).

c. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi yang baik untuk anak. Ajuran karbohidrat dalam sehari untuk anak usia 1 tahun keatas sebesar 50-60%. Karbohidrat dibutuhkan oleh anak balita karena sebagai sumber energi dan juga bermanfaat untuk perkembangan otak anak, hal ini disebabkan karena karbohidrat di otak berupa *sialic acid*. Makanan yang mengandung karbohidrat diperoleh dari makanan seperti roti, kentang, sereal, nasi atau mie (Susilowati & Kuspriyanto, 2016:162).

d. Lemak

Lemak merupakan sumber energi dengan berkonsentrasi yang cukup tinggi. Lemak mempunyai fungsi sebagai sumber asam lemak esensial, pelarut vitamin A,D,E, dan K serta penyedap makanan dan pemberi rasa gurih. Sebagai sumber energi yang efisien, kecukupan lemak yang dianjurkan untuk anak balita sebesar 15-30% (44 g/hari) kebutuhan total. Sumber lemak makanan balita dapat diperoleh dari mentega, daging, susu, ikan dan minyak nabati (Susilowati & Kuspriyanto, 2016:163).

e. Air

Air merupakan zat yang paling penting bagi balita karena sebagian besar dari tubuh terdiri air air. Bayi dan anak lebih sering terkena dehidrasi

sehingga berakibat muntah-muntah dan diare berat. Kebutuhan air balita perhari sebesar 115-135 ml/kg/BB/hari (Wirjatmadi & Adriani, 2016:209).

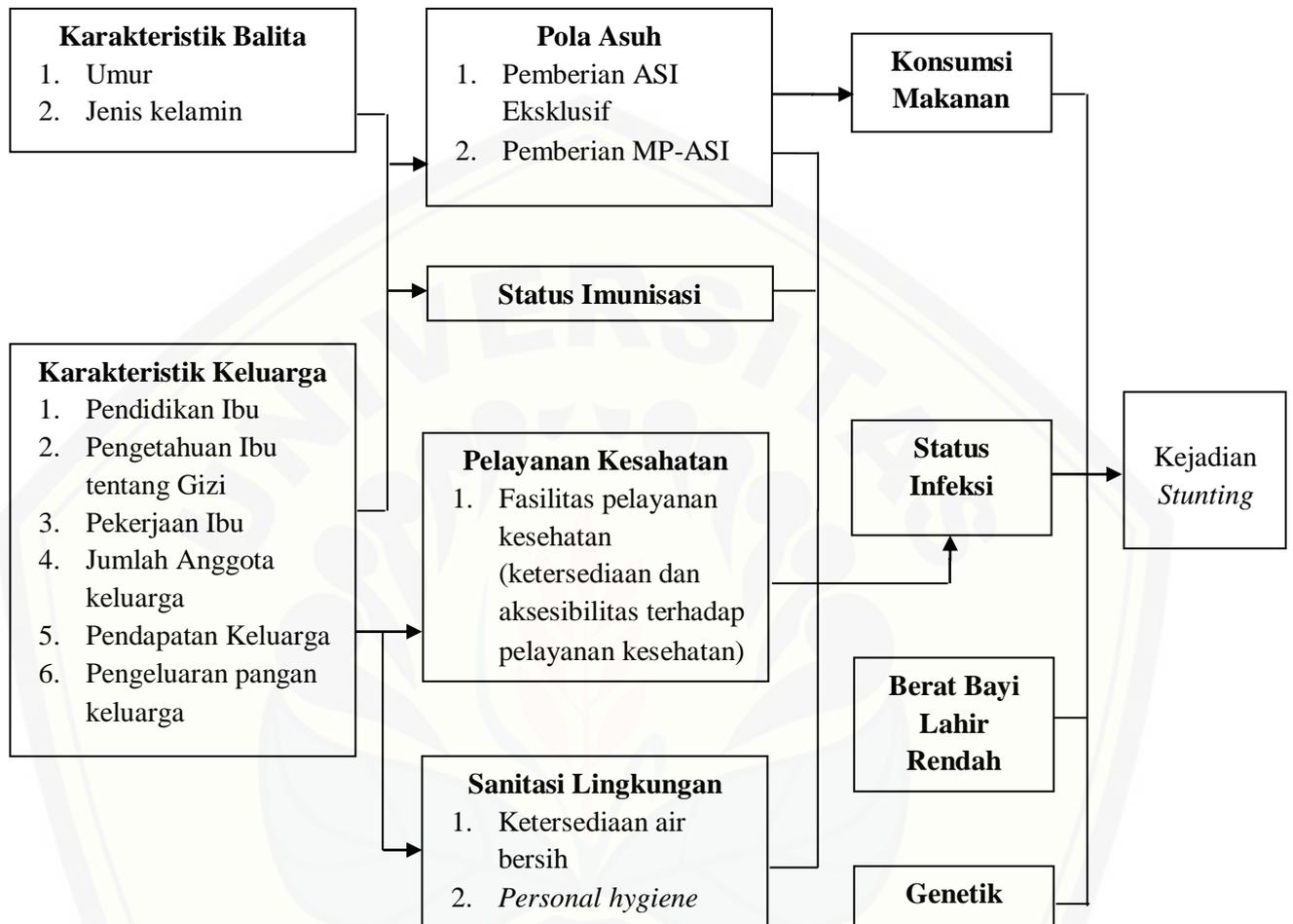
f. Vitamin dan Mineral

Vitamin merupakan zat organik kompleks yang dibutuhkan dalam jumlah yang sangat kecil untuk beberapa proses penting dalam tubuh. Mineral merupakan zat anorganik yang dibutuhkan oleh tubuh untuk berbagai fungsi. Makanan yang berbeda akan memberikan vitamin dan mineral yang berbeda pula serta mempunyai diet yang bervariasi dan seimbang (Susilowati & Kuspriyanto, 2016:164).

2.3.3 Makanan Balita

Menurut Proverawati dan Asfuah (2009:128), Zat gizi yang diperlukan oleh balita adalah protein, vitamin, karbohidrat, mineral, lemak dan air. Hal ini diperlukan karena penting bagi balita sebagai zat pembangun, zat tenaga dan zat pengatur. Sebelum balita bisa mengonsumsi makanan padat, balita masih perlu jenis makanan yang berbeda dari makanan orang dewasa (Pudjiadi, 2005:13). Makanan yang diberikan pada saat usia balita dapat mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan balita. Maka dari itu, makanan yang diberikan harus benar-benar diperhatikan zat gizi yang terkandung didalam makanan tersebut (Adiningsih, 2010:24).

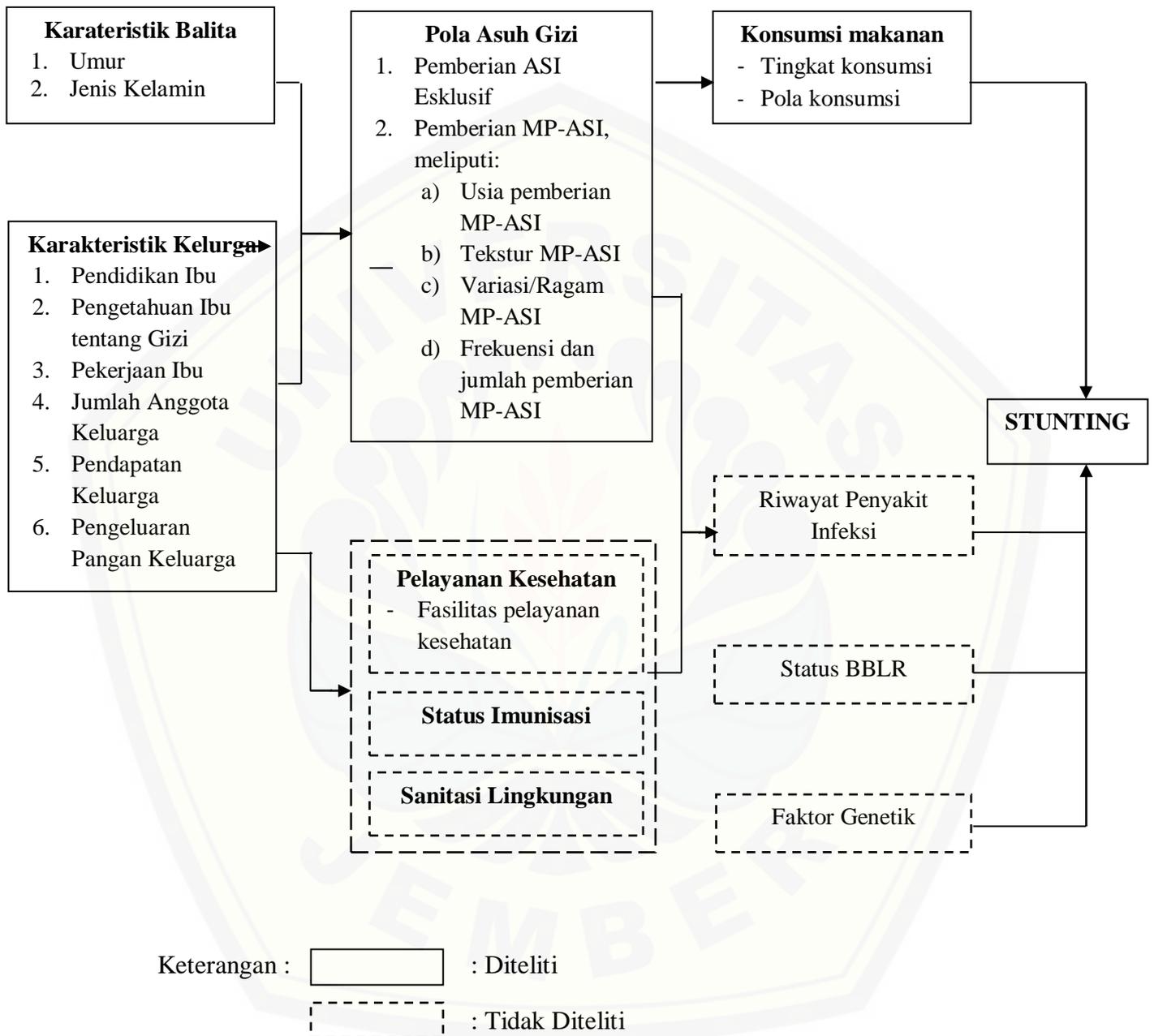
2.4 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber: Modifikasi UNICEF (1998), Soetjiningsih (2012), Tufts (2001) dalam The World Bank (2007), Paramashanti (2019)

2.5 Kerangka Konseptual



Gambar 2. 2 Kerangka Konseptual

Berdasarkan kerangka konsep penelitian diatas, dapat diketahui bahwa terdapat dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat, dimana variabel bebas meliputi karakteristik balita (umur dan jenis kelamin), karakteristik keluarga (pendidikan ibu, pendapatan orang tua, pengeluaran pangan keluarga, jumlah anggota keluarga, dan pengetahuan ibu), konsumsi makanan dan pola asuh. Sedangkan variabel terikat pada penelitian ini adalah kejadian *stunting*.

Konsumsi makanan dipengaruhi oleh pola asuh gizi, karakteristik balita, dan karakteristik keluarga. Tingkat pendidikan ibu yang tinggi dapat mempengaruhi konsumsi makanan dan pola asuh gizi anak, ibu yang berpendidikan tinggi atau baik memiliki pengetahuan tentang gizi yang baik pula. Ibu dengan pengetahuan gizi baik akan tahu bagaimana mengolah makanan dengan baik serta merencanakan menu yang sehat bagi balita yang nantinya akan berdampak pada status gizi anak. Status pekerjaan ibu juga mempengaruhi konsumsi makan, dimana ibu yang bekerja cenderung akan mengurangi intensitas untuk memperhatikan kondisi anak balita terutama terkait jumlah dan kualitas makanan yang dikonsumsi anak serta kondisi kesehatan anak.

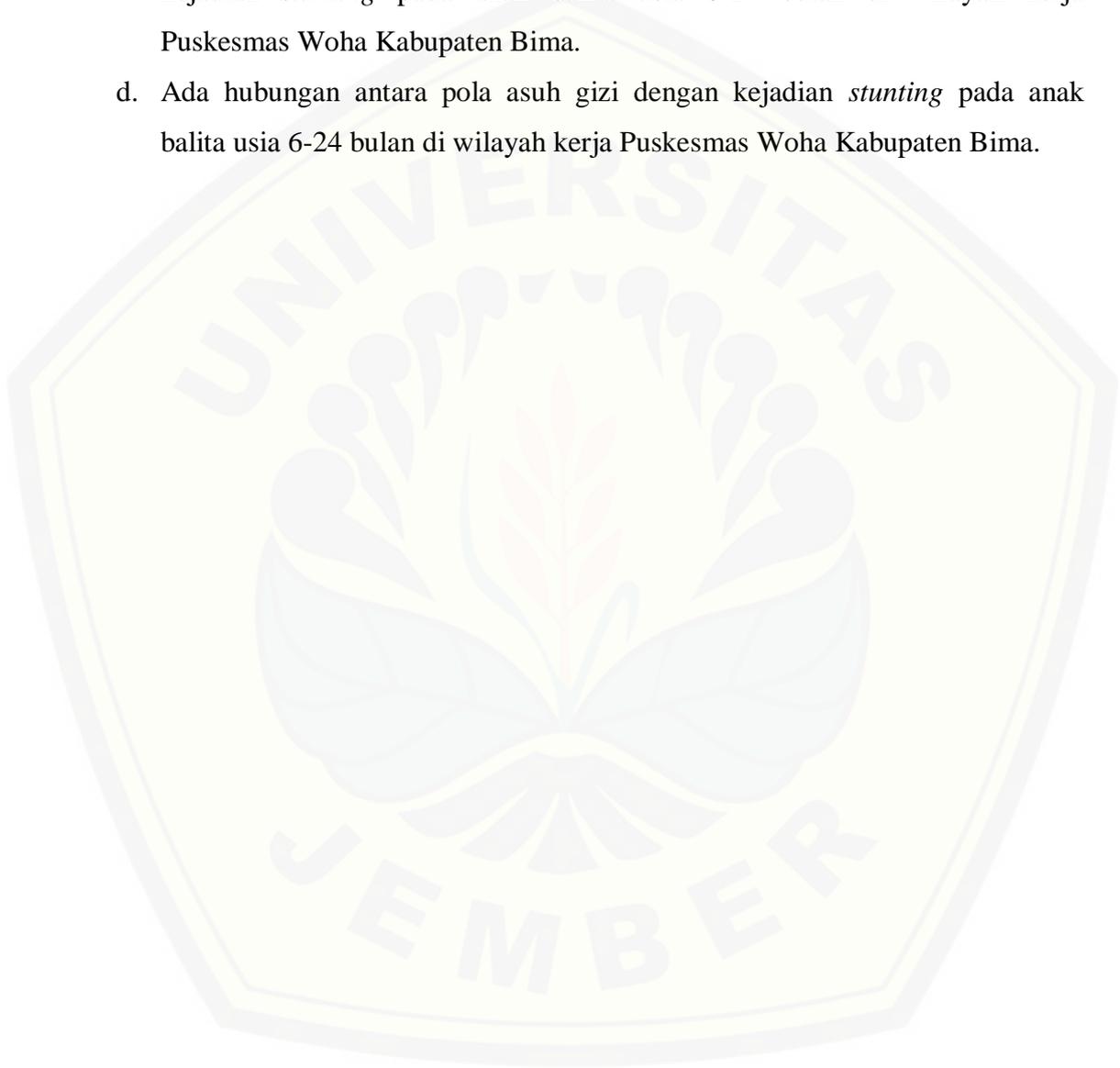
Pola asuh gizi yang meliputi pemberian makanan dan minuman yaitu pemberian ASI Eksklusif dan MP-ASI akan mempengaruhi konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Dalam penelitian ini, terkait pemberian MP-ASI yang akan menjadi fokus penelitian meliputi usia pemberian, jenis, frekuensi pemberian, jumlah yang diberikan dan ragam/variasi MP-ASI.

2.6 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan uraian kerangka konseptual di atas, hipotesis yang akan di uji dalam penelitian ini adalah :

- a. Ada hubungan antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi makanan (zat gizi makro dan mikro) pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima

- b. Ada hubungan antara tingkat konsumsi makanan (zat gizi makro dan mikro) dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima
- c. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dengan kejadian kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.
- d. Ada hubungan antara pola asuh gizi dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bersifat analitik karena peneliti melakukan proses analisis terhadap data yang dikumpulkan (Sastroasmoro dan Ismail, 2014:108). Penelitian observasional karena peneliti mengamati objek penelitian dan mencari data yang dibutuhkan tanpa diberikan perlakuan atau intervensi pada subjek yang diteliti. Pendekatan *cross sectional* merupakan rancangan penelitian yang mempelajari hubungan suatu penyakit dengan cara mengamati status paparan dan penyakit secara bersamaan dari kumpulan populasi individu tunggal pada satu periode atau diwaktu yang sama (Rachmat, 2017:102). Menurut Notoatmodjo (2012:37), pendekatan *cross sectional* adalah pengumpulan data antara variabel bebas dan variabel terikat yang dilakukan secara bersamaan pada satu waktu.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kecamatan Woha Kabupaten Bima. Wilayah kerja Puskesmas Woha mencakup 15 desa yaitu desa Tente, desa Kalampa, desa Samili, desa Rabakodo, desa Naru, desa Nisa, desa Waduwangi, desa Tenga, desa Dadibou, desa Risa, desa Pandai, desa Talabiu, desa Penapali, desa Keli dan desa Donggobolo. Pemilihan tempat penelitian menurut hasil laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Bima (2020) Puskesmas Woha merupakan salah satu Puskesmas di Kabupaten Bima yang memiliki prevalensi kejadian *stunting* tertinggi sebesar 23,54% pada anak balita.

3.2.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian adalah lama waktu yang dibutuhkan selama melakukan proses penelitian. Penelitian ini dilakukan sejak bulan Februari 2019 hingga September 2020. Kegiatan yang dilakukan meliputi studi pendahuluan, penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, analisis hasil penelitian hingga penyusunan laporan hasil penelitian.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Menurut Saepudin (2011:70), populasi adalah keseluruhan subyek yang ingin di teliti. Populasi penelitian merupakan suatu wilayah yang generalisasi yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian di tarik kesimpulan (Sugiyono, 2015:117). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak balita yang berusia 6-24 bulan yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima yang berjumlah 934 balita. Setelah dilakukan screening berdasarkan kriteria eksklusi populasi balita usia 6-24 bulan menjadi 698 balita. Populasi yang digunakan harus sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Menurut Notoatmodjo (2012:130), kriteria inklusi merupakan kriteria atau ciri-ciri yang harus dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Kriteria inklusi pada penelitian ini meliputi:

- 1) Anak balita usia 6-24 bulan yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.
- 2) Ibu dari balita bersedia menjadi responden untuk mengisi angket dan di wawancarai.

b. Kriteria Eksklusi

Menurut Notoatmodjo (2012:130), kriteria eksklusi merupakan kriteria atau ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat di ambil sebagai sampel. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Anak balita yang tidak tinggal bersama orang tuanya atau tidak diasuh oleh ibunya.
- 2) Balita dengan berat bayi lahir rendah (BBLR)
- 3) Gangguan keterlambatan tumbuh atau cebol (kretinisme)

3.3.2 Sampel Penelitian

Menurut Saepudin (2011:80), Sampel merupakan bagian dari populasi yang memiliki ciri-ciri yang dapat diukur atau diselidiki. Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2015:118). Sedangkan Menurut Notoatmodjo (2012:115), sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili populasi. Sampel pada penelitian ini adalah anak balita usia 6-24 bulan, dimana besaran sampel dapat di hitung dengan formulasi berikut ini:

$$n = \frac{N Z^2_{1-\alpha/2} P(1 - P)}{(N - 1) d^2 + Z^2_{1-\alpha/2} P(1 - P)}$$

Dimana :

N = Besar populasi (698 balita usia 6-24 bulan)

n = Besar sampel minimum

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai distribusi normal baku pada tingkat kepercayaan 95% (1- α), yaitu
0,05 = 1,96

P = Perkiraan proporsi (276/698=0,39)

q = (1-P) = 1-0,39= 0,61

d = Kesalahan (absolut) yang bisa ditolerin yaitu 10%

Dengan menggunakan rumus Lemeshow dibawah ini:

$$n = \frac{N Z^2_{1-\alpha/2} P(1 - P)}{(N - 1) d^2 + Z^2_{1-\alpha/2} P(1 - P)}$$

$$n = \frac{698. (1,96)^2. 0,61. (1 - 0,61)}{(698 - 1). 0,01 + (1,96)^2(1 - 0,39)}$$

$$n = \frac{698 .3,84 .0,61 .0,39}{697.0,01 + 3,84.0,61}$$

$$n = \frac{637,64}{9,3124}$$

$$n = 68$$

Berdasarkan perhitungan diatas dapat diketahui bahwa besar sampel yang dapat mewakili populasi adalah sebesar 68 sampel anak balita usia 6-24 bulan. Untuk mengatasi adanya sampel yang *drop out* maka dilakukan perhitungan sampel koreksi untuk menambah besar sampel agar jumlah sampel tetap terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2013:376). Penentuan sampel koreksi dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$n' = \frac{n}{1 - n}$$

$$n' = \frac{68}{1 - 0,1}$$

$$n' = 75$$

Keterangan :

n' = sampel koreksi penelitian

n = sampel penelitian

f = kesalahan yang ditoleransi (10%)

Jadi jumlah sampel yang didapat setelah dihitung sampel koreksi untuk mengatasi adanya sampel yang *droup out* sebanyak 75 responden anak balita usia 6-24 bulan.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Tehnik pengambilan sampel adalah salah satu tehnik untuk menentukan sampel yang digunakan dalam suatu penelitian. Tehnik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan tehnik *Probability Sampling* jenis *Simple Random Sampling* yang artinya pengambilan sampel dilakukan secara acak tanpa memeperhatikan strata yang ada di dalam populasi (Sugiyono, 2015:120). Apabila tehnik pengambilan sampel berbeda-beda, maka besarnya kesempatan bagi setiap satuan elementer untuk terpilih juga berbeda-beda pula

(Notoatmodjo, 2012:116), yaitu dilakukan perhitungan dengan rumus sebagai berikut:

$$nh = \frac{Nh}{N} Xn$$

Keterangan :

nh : Besarnya sampel untuk sub populasi

Nh : Total masing-masing sub populasi

N : Total populasi secara keseluruhan

n : Besar populasi

Tabel 3. 1 Pembagian Sampel per Daerah

No	Nama Desa	Nh	N	N	$nh = \frac{Nh}{N} Xn$
1	Tente	66	698	75	7
2	Samili	85	698	75	9
3	Kalampa	58	698	75	5
4	Rabakodo	43	698	75	4
5	Naru	73	698	75	7
6	Nisa	37	698	75	4
7	Waduwani	20	698	75	2
8	Tenga	20	698	75	2
9	Dadibou	55	698	75	5
10	Pandai	48	698	75	4
11	Tababiu	75	698	75	8
12	Risa	61	698	75	6
13	Penapali	18	698	75	2
14	Keli	69	698	75	7
15	Donggobolo	40	698	75	3
Total					75

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Menurut Sugiyono (2015:60), Variabel penelitian adalah suatu atribut atau nilai atau sifat dari orang atau objek yang mempunyai variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya. Variabel merupakan salah satu konsep yang mempunyai bermacam-macam nilai

(Nazir, 2009). Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas (*Independent*) dan variabel terikat (*Dependent*).

3.4.2 Variabel Bebas (*Independent Variabel*)

Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependent atau variabel terikat (Sugiyono, 2015:61). Variabel bebas dalam penelitian ini meliputi karakteristik balita (umur, jenis kelamin), karakteristik keluarga (tingkat pendidikan ibu, pengetahuan gizi ibu, status pekerjaan ibu, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga dan pengeluaran pangan keluarga), tingkat konsumsi (energi, protein, kalsium, zat besi dan *zink*), pola konsumsi serta pola asuh gizi (pemberian ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI).

3.4.3 Variabel Terikat (*Dependent Variabel*)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2015:61). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah status gizi *stunting* pada anak balita.

3.4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan definisi variabel-variabel yang akan di teliti secara operasional di lapangan. Menurut Notoatmodjo (2012:85), definisi operasional juga bermanfaat sebagai alat pengukuran atau pengamatan terhadap variabel bebas dan variabel terikat. Definisi operasional variabel penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 3. 2 Definisi Oprasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Klasifikasi	Skala Data
1. Karakteristik Balita					
a.	Umur	Lamanya waktu hidup mulai dari bayi dilahirkan sampai pada saat dilakukan penelitian dengan menggunakan perhitungan bulan penuh	Wawancara dengan kuisisioner	1. 6-9 bulan 2. 10-12 bulan 3. 13-24 bulan (Kemenkes, 2016)	Nominal
b.	Jenis kelamin	Perbedaan jenis, fungsi dan bentuk tubuh balita baik laki-laki maupun perempuan berdasarkan ciri genital	Wawancara dengan kuisisioner	1. Laki-laki 2. Perempuan (BPS, 2012)	Nominal
2. Karakteristik Keluarga					
a.	Tingkat pendidikan ibu	Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditamatkan oleh ibu balita	Wawancara dengan kuisisioner	1. Tidak sekolah 2. Tidak tamat SD/MI 3. Tamat SD/MI 4. Tamat SMP/MTS 5. Tamat SMA/MA 6. Tamat D1/D2/PT (Riskesdas RI, 2018)	Ordinal
b.	Tingkat pengetahuan gizi ibu	Pemahaman ibu mengenai pola asuh gizi dan kejadian <i>stunting</i> pada anak balita	Pengisian Angket	Jumlah soal 20 pertanyaan 0 = Jawaban salah 1 = Jawaban benar Dengan penilaian: 1. Kurang : 0-7 2. Cukup : 8-15 3. Baik : 16-20 (Sudjana, 2005)	Ordinal
c.	Status pekerjaan ibu	Kegiatan yang dilakukan oleh ibu balita untuk mendapatkan penghasilan atau pendapatan baik didalam maupun diluar rumah yang terkait jam kerja ataupun tidak	Wawancara dengan kuisisioner	1. Ibu Rumah Tangga 2. Pedagang 3. PNS 4. Petani/Buruh tani 5. Wiraswasta 6. Pensiunan 7. Pegawai swasta 8. Lainnya (Notoatmodjo, 2012)	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Klasifikasi	Skala Data
d.	Jumlah anggota keluarga	Banyaknya anggota yang tinggal atau hidup bersama balita dalam satu rumah	Wawancara dengan kuisisioner	1. Besar : apabila >4 anggota keluarga 2. Kecil : apabila ≤4 anggota keluarga (Ni'mah dan Nadhiroh, 2015)	Ordinal
e.	Pendapatan keluarga	Jumlah upah atau penghasilan yang didapatkan oleh satu keluarga untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga dan penerimaan upah dilakukan setiap bulan dalam bentuk rupiah	Wawancara dengan kuisisioner	1. ≥ UMK Rp. 2.012.610,- 2. < UMK Rp. 2.012.610,- (Peraturan Gubernur NTB, 2019)	Ordinal
f.	Pengeluaran keluarga	Sebagian hasil dari pendapatan keluarga yang digunakan untuk keperluan makan satu keluarga dalam satu bulan	Wawancara dengan kuisisioner	1 Tinggi : apabila ≥ 50% pendapatan per bulan 2 Rendah : apabila < 50% pendapatan per bulan (Andriani & Wirjatmadi, 2016)	Ordinal
3.	Pola Asuh Gizi	Ketepatan waktu pemberian makan atau pola pengasuhan gizi terhadap anak yang meliputi ketepatan pemberian ASI eksklusif dan ketepatan waktu pemberian MP-ASI (usia pemberian MP-ASI, jenis, jumlah dan frekuensi, ragam/variasi MP-ASI yang diberikan) yang	Wawancara dengan kuisisioner	Klasifikasi : Penilaian dilakukan dengan skor 1 apabila jawaban benar dan skor 0 apabila jawaban salah. Skor dibagi menjadi 2 kategori, sehingga dari 7 soal dicari mediannya untuk batas penilaian <i>Median</i> $= \frac{\text{skor maks} - \text{skor min}}{2}$ $\text{Median} = \frac{7-0}{2} = 3,5 \approx 4$ Jadi pengkategorianya yaitu: 1. Tidak baik ≤ 4 2. Baik > 4	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Klasifikasi	Skala Data
		sesuai dengan usia anaknya		(Azwar, 2009)	
a.	Pemberian ASI eksklusif	Kegiatan pemberian ASI saja kepada bayi tanpa penambahan makanan atau minuman lainnya oleh ibu dan diberikan selama 6 bulan	Wawancara dengan kuisisioner	1. Iya, jika diberi ASI saja sampai usia 6 bulan = 1 2. Tidak, jika tidak diberi ASI saja sampai usia 6 bulan = 0 (Kemenkes, 2010)	Nominal
b.	Usia pemberian MP-ASI	Kegiatan pemberian MP-ASI pertama kali kepada anak mulai dari tanggal bayi lahir sampai saat bayi pertama kali diberikan makanan atau minuman selain ASI (tidak terlalu dini dan tidak terlambat)	Wawancara dengan kuisisioner	1. Sesuai, jika MP-ASI diberikan pada saat usia 6 bulan atau usia 6 bulan 29 hari (perhitungan bulan penuh) = 1 2. Tidak sesuai, jika MP-ASI diberikan pada saat usia < 6 bulan ataupun > 6 bulan = 0 (Paramashanti, 2019)	Nominal
c.	Tekstur MP-ASI	Tekstur MP-ASI yang diberikan kepada anak sesuai dengan umur anak pada saat dilakukan wawancara	Wawancara dengan kuisisioner	1. 6-8 bulan: Memberikan makanan yang lumat secara bertahap sesuai dengan penambahan usia seperti bubur tim lumat 2. 9-11 bulan: makanan yang diberikan berupa makanan yang lebih lembek seperti nasi tim, bubur nasi dan nasi lembek 3. 12-24 bulan: makanan yang diberi adalah makanan keluarga dilakukan secara bertahap sesuai dengan kemampuan anak	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Klasifikasi	Skala Data
				<p>Dengan penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tepat, apabila MP-ASI yang diberikan sesuai dengan ketentuan umur balita pada saat dilakukan wawancara = 1 2. Tidak tepat, apabila MP-ASI yang diberikan tidak sesuai dengan ketentuan umur balita pada saat dilakukan wawancara = 0 <p>(Kemenkes RI, 2016)</p>	
d.	Variasi atau ragam MP-ASI	Pemberian berbagai macam MP-ASI kepada anak setiap kali makan dalam satu hari yang terdiri dari makanan pokok, sayur, lauk pauk dan buah-buahan	Wawancara dengan kuisisioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan pokok: nasi putih, nasi jagung, singkong, ubi, sagudan hasil olahannya seperti mie 2. Lauk pauk: ikan, ayam, telur, daging, hati, tahu, dan tempe 3. Sayur: kacang panjang, wortel, bayam, kentang 4. Buah-buahan: pepaya, pisang, apel, jeruk <p>Dengan penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tepat, apabila poin 1-4 terpenuhi = 1 2. Tidak tepat, apabila poin 1-4 tidak terpenuhi = 0 <p>(Almatsier, 2009)</p>	Nominal
e.	Frekuensi dan jumlah pemberian MP-ASI	Sering dan banyaknya (porsi) ibu memberikan MP-ASI kepada anaknya dalam sehari (sesuai dengan usia anak saat dilakukan	Wawancara dengan kuisisioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6-8 bulan: 2-3 kali sehari dan selingan 1-2 kali sehari dengan porsi 2-3 sendok makan dan ditingkatkan bertahap sampai ½ mangkok kecil atau 	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Klasifikasi	Skala Data
		wawancara)		<p>setara dengan 250 ml.</p> <p>2. 9-11 bulan: 3-4 kali sehari dan selingan 1-2 kali sehari sebanyak $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ porsi mangkok kecil atau setara dengan 250 ml.</p> <p>3. 12-24 bulan: 3-4 kali sehari dan selingan 1-2 kali sehari sebanyak $\frac{3}{4}$ porsi mangkok kecil atau setara dengan 250 ml.</p> <p>Penilaian:</p> <p>1. Tepat, apabila frekuensi dan banyaknya MP-ASI yang diberikan sesuai dengan ketentuan = 1</p> <p>2. Tidak tepat, apabila frekuensi dan banyaknya MP-ASI yang diberikan tidak sesuai dengan ketentuan = 0</p> <p>(Kemenkes RI, 2016)</p>	
4.	Konsumsi makanan				
a.	Tingkat konsumsi zat gizi makro	Perbandingan jumlah asupan energi, lemak, karbohidrat dan protein yang dikonsumsi sehari-hari yang diukur menggunakan recall 24jam selama 2 hari tidak berturut-turut dengan angka kecukupan gizi (AKG)	Wawancara dengan menggunakan <i>Form Food Recall</i>	<p>1. Lebih : >120% AKG</p> <p>2. Normal : 90-120% AKG</p> <p>3. Defisit tingkat ringan : 80-89% AKG</p> <p>4. Defisit tingkat sedang : 70-79% AKG</p> <p>5. Defisit tingkat berat : <70% AKG</p> <p>(Supariasa & Kusharto, 2014)</p>	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Teknik Pengambilan Data	Klasifikasi	Skala Data
b.	Tingkat konsumsi zat gizi mikro	Perbandingan jumlah asupan kalsium, zat besi dan seng (<i>Zink</i>) yang dikonsumsi sehari-hari yang diukur menggunakan recall 24jam selama 2 hari tidak berturut-turut dengan angka kecukupan gizi (AKG)	Wawancara dengan <i>Form Food Recall</i>	1. Cukup : $\geq 77\%$ AKG 2. Kurang < 77% AKG (Gibson, 2005)	Ordinal
c.	Pola konsumsi	Gambaran mengenai kebiasaan responden dalam mengonsumsi makanan sumber protein, energi, kalsium, seng dan zink	Wawancara dengan <i>Form FFQ</i>	1. > 1 kali/hari 2. 1 kali/hari 3. 3-6 kali/minggu 4. 1-2 kali/minggu 5. 1 kali/bulan 6. 1 kali/tahun 7. Tidak pernah Dengan pengklasifikasian: 1. Sering: poin 1-3 2. Jarang : poin 4-6 3. Tidak pernah : poin 7 (Gibson, 2005)	Ordinal
5.	<i>Stunting</i>	Kondisi atau keadaan tinggi badan balita yang tidak sesuai dengan umur dengan indikator PB/U atau TB/U berdasarkan baku standar WHO 2007	Pengukuran Antropometri dengan menggunakan <i>Infatometer</i> dan <i>Microtoise</i>	1. <i>Stunting</i> : < -2 SD 2. Tidak <i>Stunting</i> : ≥ -2 SD (Kemenkes RI, 2010)	Ordinal

3.5 Data dan Sumber Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.

a. Data primer

Data primer adalah data yang di dapat dari sumber data utama dan dikumpulkan sendiri oleh peneliti pada saat penelitian berlangsung (Chandra, 2013:20). Data primer dalam penelitian ini meliputi karakteristik balita, karakteristik keluarga, konsumsi makanan, pola asuh gizi yang didapat melalui metode wawancara dan penilaian status *stunting* dengan mengukur anak balita.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang di dapat dari pihak lain (Chandra, 2013:20). Data sekunder merupakan sumber data yang tidak langsung diberikan kepada pihak pengumpul data melainkan data tersebut didapatkan dari orang lain atau melalui dokumen (Sugiyono, 2015:193). Data sekunder yang dikumpulkan dalam penelitian ini yaitu terkait data status gizi *stunting* pada anak balita yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bima dan laporan Penentuan Status Gizi (PSG) balita di wilayah kerja Puskesmas Woha, serta jumlah balita yang berada di wilayah kerja Puskesmas Woha.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Menurut Rachmad (2017:178), pengumpulan data merupakan tehnik atau cara mengumpulkan data dengan menggunakan angket, melakukan wawancara, tes, dokumentasi, dan pengamatan. Tehnik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Wawancara

Wawancara merupakan tehnik pengumpulan data yang dilakukan antara dua orang dengan bertatap muka dan tanya jawab langsung, pengumpul data atau peneliti sebagai *interviewer* atau pewawancara dan narasumber atau *interviewee* sebagai sumber data atau orang yang diwawancarai (Rachmat, 2017:186). Proses wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini adalah wawancara secara langsung dengan ibu responden.

b. Penyebaran Angket

Penyebaran angket adalah tehnik yang digunakan untuk mengumpulkan data dengan cara memberikan angket kepada responden yang berisikan pertanyaan (Hidayat, 2010:75). Penyebaran angket dilakukan guna untuk memperoleh data primer terkait pengetahuan ibu tentang gizi dan *stunting*.

c. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan tehnik pengumpulan data melalui dokumen seperti data laporan, statistik, status pemeriksaan pasien, rekam medik, dan lain-lain (Hidayat, 2010:77). Kegiatan dokumentasi dan pengumpulan data pada penelitian ini untuk memperoleh data awal mengenai prevalensi *stunting* pada balita pada saat studi pendahuluan hingga selama proses penelitian berlangsung.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data merupakan alat-alat yang digunakan saat pengumpulan data yang bertujuan untuk memperoleh data yang dibutuhkan saat penelitian (Notoatmodjo, 2012:152). Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah:

a. Kuesioner

Menurut Sugiyono (2015:199), Kuisisioner merupakan tehnik pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dengan memberikan beberapa pertanyaan atau pernyataan tertulis untuk di jawab sendiri oleh responden. Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini yaitu panduan wawancara pada responden yang berupa kuisisioner informasi untuk mengetahui karakteristik responden (umur, jenis kelamin), karakteristik keluarga (pendidikan ibu, pendapatan keluarga, pengeluaran keluarga, pengetahuan ibu, pekerjaan ibu dan jumlah anggota keluarga), dan kuisisioner *recall 2x24 jam* dan *FFQ* yang digunakan untuk memperoleh data terkait tingkat dan konsumsi pola konsumsi.

b. Angket

Menurut Hidayat (2010:75), Angket merupakan teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai alat pengukur seberapa besar kemampuan objek yang diteliti dan diisi langsung oleh responden. Angket pada penelitian ini berupa tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita.

c. Pengukuran

1) Pengukuran panjang dan tinggi badan balita

a) Pengukuran panjang badan

Pengukuran panjang badan menggunakan *Infantometer* dan hanya dapat diukur pada anak yang berusia kurang dari 2 tahun dan tidak dapat berdiri tegak.

- (1) Meletakkan alat pengukur panjang badan diatas meja atau dtempat yang datar dan rata seperti lantai. Kemudian menarik papan penggeser sampai menempel rapat di dinding tempat menempel kepala.
- (2) Memutar sekrup pengatur skala sampai angka menunjukkan angka 0 (nol).
- (3) Baringkan bayi/anak dengan posisi terlentang pada alat dengan posisi kepala menempel pada dinding papan atas.
- (4) Mengatur posisi agar bagian tumit, belakang kepala dan pantat menempel pada alat ukur.
- (5) Merapatkan kedua kaki dan tekan lutut bayi/anak sampai lurus dan menempel pada alat ukur dengan menggunakan tangan kiri.
- (6) Membaca panjang badan dengan akurasi 0,1 cm dan mencatat hasil.
- (7) Responden dipersilahkan turun dari alat ukur dan mengucapkan terimakasih kepada ibu bayi dan anak.

b) Pengukuran tinggi badan

Pengukuran tinggi badan menggunakan *microtoise* yang mempunyai ketelitian 0,1 cm, diukur pada anak berusia diatas 2 tahun.

- (1) Mencari tempat yang datar tidak ada lekukan atau tonjolan atau dapat meletakkan alat bantu papan yang rata sebagai tempat pijakan responden. Kemudian *microtoise* dipasang pada dinding dengan menggunakan paku sebagai penyangga sehingga tegak lurus.
 - (2) Memastikan *microtoise* yang telah dipasang dalam keadaan 0 (nol) dan stabil tepat pada lantai yang rata atau tempat pijakan responden.
 - (3) Responden diminta untuk melepaskan sandal atau sepatu yang dapat mengganggu pengukuran. Kemudian anak dipersilakan naik ke alas atau lantai yang rata.
 - (4) Meminta responden untuk menempelkan kepala, bahu, pantat dan tumit pada dinding yang telah dipasang *microtoise*. Kemudian responden diminta untuk berdiri tegak lurus dan pandangan ke depan tepat di bawah alat *microtoise*.
 - (5) Menarik perlahan *microtoise* sampai menyentuh dan tepat berada ditengah kepala responden. Ketika alat *microtoise* ditarik tetap menempel pada dinding.
 - (6) Membaca dan menentukan tinggi badan responden dengan akurasi 0,1 cm. Setelah itu, mencatat hasil dan responden dipersilahkan turun dari alas papan dan ucapkan terima kasih.
- 2) Metode *Recall* 24 jam

Metode recall 24 jam adalah salah satu metode survei konsumsi yang digunakan untuk menanyakan dan menggali makanan dan minuman yang dikonsumsi oleh responden baik yang dikonsumsi didalam rumah maupun diluar rumah selama 24 jam yang sudah berlalu (Kusharto dan Supariasa, 2014:23).

Dalam melaksanakan metode recall 24 jam terdapat beberapa langkah sebagai berikut (Kusharto dan Supariasa, 2014:28):

- (1) Peneliti meminta responden untuk mengingat kembali semua makanan dan minuman yang dimakan dan minum selama 24 jam yang lalu.

- (2) Kemudian responden diminta untuk menguraikan setiap bahan makanan yang sudah dimakan sejak mulai dari makan pagi hingga berakhirnya hari tersebut secara mendetail.
- (3) Setelah itu responden diminta untuk memberikan perkiraan ukuran untuk setiap porsi makanan yang telah dikonsumsi dan disesuaikan dengan ukuran rumah tangga yang biasa digunakan, dapat menggunakan bantuan seperti berbagai foto alat dan bahan makanan serta dapat juga memakai food model.
- (4) Perwawancara dan responden mengecek dan mengulangi kembali apa yang sudah dimakan agar responden dapat mengingat kembali apa yang sudah dikonsumsi.
- (5) Pewawancara mengubah ukuran porsi menjadi setara dengan ukuran gram
- (6) Pewawancara menganalisis bahan makanan yang telah diketahui beratnya kedalam zat-zat gizi melalui bantuan TKPI dan *software nutrisurvey*.
- (7) Kemudian membandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang digunakan untuk orang Indonesia tahun 2019.
- (8) Menghitung kecukupan gizi individu dengan membandingkan berat badan aktual dengan berat badan ideal dalam AKG sesuai dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{Kecukupan gizi individu} = \frac{\text{Berat badan (BB) aktual}}{\text{Berat badan (BB) standar}} \times \text{AKG}$$

- (9) Kemudian tingkat konsumsi zat gizi dihitung, dengan menggunakan rumus:

$$\text{Tingkat konsumsi zat gizi} = \frac{\text{Asupan zat gizi}}{\text{AKG zat gizi}} \times \text{AKG}$$

- (10) Tingkat kecukupan gizi dinyatakan kedalam bentuk persen. Dengan *cut of point* interpretasi hasil sebagai berikut:

Di atas AKG	: Diatas 120% AKG
Normal	: 90 -120% AKG
Defisit tingkat ringan	: 80-89% AKG

Defisit tingkat sedang : 70-79% AKG

Defisit tingkat berat : Kurang dari 70% AKG

(Kusharto dan Supriasa, 2014:63).

(11) Tingkat klasifikasi zat gizi mikro dibagi menjadi dua antara lain:

Kurang : <77% AKG

Cukup : \geq 77% AKG

(Gibson, 2005:218).

3) Food Frequency Questionnaire(*FFQ*)

Metode frekuensi makanan yaitu untuk memperoleh data asupan energi dan zat gizi lainya dari konsumsi makan dalam sehari, seminggu, atau sebulan selama periode tertentu dengan menentukan frekuensi penggunaan sejumlah makanan jadi atau bahan makanan yang digunakan sebagai sumber utama dari zat gizi (Supriasa *et al*, 2016:108-109).

Menurut Supriasa *et al* (2016:109), adapun langkah-langkah yang dilakukan untuk melakukan metode frekuensi makanan, antara lain:

- (1) Responden diminta untuk memberi tanda tangan pada daftar makanan yang telah tersedia di kuisioner mengenai frekuensi penggunaannya dan ukuran porsinya.
- (2) Kemudian melakukan rekapitulasi mengenai frekuensi penggunaan jenis-jenis bahan makanan terutama bahan makanan yang merupakan sumber zat gizi tertentu selama periode tertentu.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Menurut Notoatmodjo (2012:188), penyajian data adalah salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang sudah dilakukan supaya data mudah dipahami dan dianalisis sesuai dengan yang diharapkan oleh peneliti sehingga data dapat disajikan secara sederhana dan mudah dipahami oleh pembaca. Teknik penyajian data pada umumnya dibagi dalam bentuk teks, tabel

dan grafik. Hal penting dalam penyajian data adalah analisa data untuk disimpulkan supaya data dapat di informasikan (Hidayat, 2010:95).

a. *Editing*

Editing adalah melakukan penyuntingan atau edit terlebih dahulu dari hasil wawancara atau angket yang telah dikumpulkan sebelumnya.

b. Pemberian Kode (*Coding*)

Coding adalah pemberian kode terhadap data yang sudah dikumpulkan, sehingga dapat memudahkan pada saat memasukan data dari kuisioner.

c. *Scoring*

Scoring adalah proses pemberian nilai terhadap jawaban yang telah diperoleh dari instrumen. Skor jawaban dimulai dari jawaban yang tertinggi sampai dengan jawaban terendah untuk mengetahui total skor pada masing-masing variabel.

d. *Data Entry*

Data entry adalah memasukkan data yang sudah dikumpulkan ke dalam *database* komputer, setelah itu membuat distribusi frekuensi secara sederhana atau membuat tabel kontigensi.

e. Tabulasi

Tabulasi merupakan penyajian data dalam bentuk tabel yang terdiri dari beberapa barisan dan beberapa kolom (Chandra, 2013:24). Data sudah diklasifikasikan pada masing-masing variabel untuk mempermudah dalam melakukan analisis data.

3.7.3 Analisis Data

Menurut Sugiyono (2015:207), analisa data merupakan kegiatan setelah data dari responden atau sumber data lain sudah terkumpul. Analisa data adalah melakukan pengolahan data untuk mengetahui hasil, sehingga dari hasil tersebut dapat memberikan makna yang bertujuan untuk mendeskripsikan hasil yang dirumuskan dalam tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2012:180). Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

a. Analisis Univariat

Menurut Notoatmodjo (2012:182), analisis univariat bertujuan untuk menggambarkan karakteristik yang dimiliki tiap variabel bebas dan variabel terikat. Hasil dari analisis ini untuk melihat gambaran distribusi frekuensi dan prosentase setiap variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun variabel terikat.

b. Analisis Bivariat

Menurut Notoatmodjo (2012:183), analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik balita, karakteristik keluarga, tingkat konsumsi, pola konsumsi dan pola asuh gizi. Sedangkan variabel terikat adalah stunting pada anak balita usia 6-24 tahun di wilayah kerja Puskesmas Woha. Untuk mengetahui hubungan antara pola asuh gizi dan kejadian stunting secara statistik, sehingga perlu dilakukan uji statistik dengan menggunakan uji *Chi square* pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$).

- 1) Jika *p-value* kurang dari α (0,05), maka H_0 ditolak yang berarti tidak terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.
- 2) Jika *p-value* lebih dari α (0,05), maka H_0 diterima yang berarti terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

3.8.1 Validitas Instrumen

Validasi adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur benar-benar mengukur apa yang ingin diukur. Demikian pula kuisisioner sebagai alat ukur harus mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui kuisisioner yang disusun apakah mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antar skors (nilai tiap-tiap item pertanyaan dengan skor nilai kuisisioner tersebut) dengan skor total (Notoatmojo, 2012: 164-165). Suatu pertanyaan dikatakan valid bila skor pertanyaan tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya.

Tehnik korelasi yang digunakan yaitu korelasi *Person Product*, dengan keputusan uji:

- a. Bila r hitung lebih besar dari r artinya valid
- b. Bila r hitung lebih kecil atau sama dengan r artinya variabel tidak valid

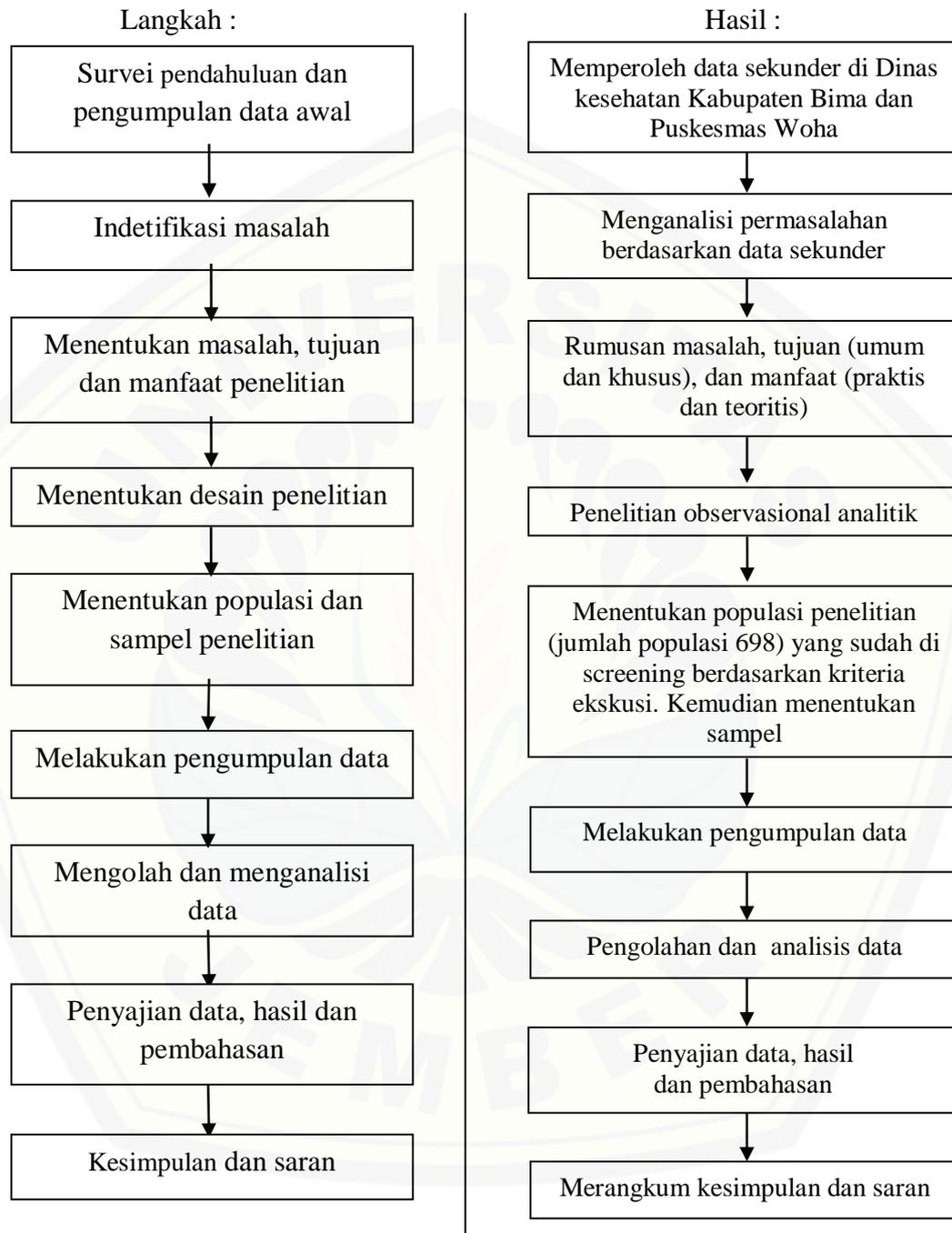
3.8.2 Reliabilitas Instrumen

Reabilitas berkaitan dengan ketepatan alat ukur. Instrumen yang reliable ketika instrumen tersebut dipakai beberapa kali untuk mengukur objek yang sama dan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2014:121). Pengujian reabilitas dimulai dengan menguji validitas terlebih dahulu. Jika pertanyaan tidak valid maka pertanyaan dibuang. Pertanyaan-pertanyaan yang sudah valid kemudian diukur reabilitasnya (Hastono, 2016:62). Untuk mengetahui reabilitas dilakukan dengan cara uji *Cronbank Alpha* pada program SPSS dengan keputusan uji:

- a. Bila *Cronbank Alpha* $\geq 0,6$ artinya variabel reliabel
- b. Bila *Cronbank Alpha* $< 0,6$ artinya variabel tidak reliabel

Kuisisioner yang bisa diuji validitas dan reliabilitas yaitu angket pengetahuan. Angket pengetahuan ini bertujuan untuk mengukur tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dan *stunting*, yang berjumlah 23 soal. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di Kecamatan Belo Kabupaten Bima yang memiliki karakteristik wilayah yang hampir sama.

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

- a. Sebagaimana besar anak balita berusia 19-24 bulan yaitu sebesar 49,3% dan berjenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 56,0%.
- b. Balita memiliki karakteristik keluarga dengan tingkat pendidikan ibu sebagaimana besar tamat SMA sebesar 42,7%, tingkat pengetahuan ibu cukup sebesar 48,0%, status pekerjaan ibu sebagaimana besar bekerja sebagai pedagang sebesar 42,6%, jumlah anggota keluarga balita sebagaimana besar memiliki keluarga besar yaitu sebanyak 69,3%, pendapatan keluarga sebagaimana besar <UMK yaitu sebesar 58,6%, dan pengeluaran pangan keluarga tinggi sebesar 62,7%.
- c. Berdasarkan kriteria penilaian pola asuh gizi yang terdiri dari pemberian ASI dan MP-ASI, secara umum pola asuh gizi anak balita sebagaimana besar termasuk kategori kurang yaitu sebesar 58,6%. Kriteria pemberian ASI eksklusif sebagaimana besar yang tidak ASI eksklusif yaitu sebesar 58,7%, usia pemberian MP-ASI sebagai besar pola tidak baik yaitu sebesar 58,7%, tekstur MP-ASI sebagai besar tidak tepat yaitu sebesar 69,4%, frekuensi dan jumlah pemberian MP-ASI sebagaimana besar kategori tepat yaitu sebesar 65,4%, dan ragam/varias MP-ASI sebagai besar kategori tidak tepat yaitu sebesar 68,0%.
- d. Konsumsi makanan meliputi tingkat konsumsi dan pola konsumsi. Tingkat konsumsi terdiri dari tingkat konsumsi energi defisit (74,6) %, tingkat konsumsi protein defisit (62,6%), tingkat konsumsi kalsium cukup (68,0%), tingkat konsumsi zat besi kurang (57,3%), dan tingkat konsumsizink kurang (64,0%). Sedangkan pola konsumsi terdiri dari pola konsumsi bersumber karbohidrat yang paling sering dikonsumsi yaitu nasi (85,3%), pola konsumsi bersumber protein nabati yang paling sering dikonsumsi yaitu tahu (50,6%), pola konsumsi bersumber protein hewani yang sering dikonsumsi adalah telur ayam (72,0%), pola konsumsi bersumber sayuran yang sering dikonsumsi adalah daun kelor (77,3%), pola konsumsi bersumber buah-buahan yang sering dikonsumsi adalah pisang (61,4%).

- e. Persentase anak balita *stunting* usia 6-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Woha kabupaten Bima sebesar 56,0%.
- f. Terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat konsumsi energi, protein, zat besi, dan zink dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan. Namun, tidak terdapat hubungan antara tingkat konsumsi kalsium dengan kejadian *stunting* pada balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.
- g. Terdapat hubungan yang bermakna antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi energi pada anak balita usia 6-24 bulan. Namun, tidak terdapat hubungan antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi protein, kalsium, zat besi, dan zink pada balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.
- h. Tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan gizi ibu dengan kejadian *stunting* pada balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.
- i. Terdapat hubungan yang bermakna antara pola asuh gizi dengan kejadian *stunting* pada anak balita usia 6-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima.

5.2 Saran

- a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bima
 - 1) Diharapkan Dinas Kesehatan Kabupaten Bima serta instansi-instansi lain yang terkait seperti BKKBN Kabupaten Bima, Dinas Sektor Pangan, Dinas Sosial Kabupaten Bima, dan Dinas Pertanian Kabupaten Bima sehingga dapat memberikan solusi atau membuat kebijakan dalam rangka memperbaiki status gizi balita khususnya *stunting*, seperti mewajibkan setiap puskesmas untuk memantau setiap pertumbuhan dan perkembangan balita, tidak hanya berat badan saja melainkan tinggi badannya juga dalam rangka memperbaiki status gizi balita khususnya *stunting*. Selain itu juga bekerja sama dengan pihak terkait atau

multisektor diharapkan dapat mengatasi kemiskinan yang terjadi di Kabupaten Bima sehingga zat gizi balita terpenuhi.

- 2) Mengoptimalkan sarana pelayanan kesehatan yaitu poskesdes di masing-masing desa supaya keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan teratasi.

b. Bagi Puskesmas Woha

- 1) Pihak Puskesmas memperhatikan faktor yang berhubungan dengan *stunting* seperti pengetahuan ibu tentang gizi balita sehingga dapat berupaya meningkatkan zat gizi anak balita di wilayah kerja Puskesmas Woha seperti dengan mengadakan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman ibu mengenai ASI eksklusif dan MP-ASI. Selain itu juga bisa membagikan brousur atau pamflet kepada ibu balita sehingga ibu balita lebih peduli lagi tentang gizi balita. Kegiatan dapat dilakukan setiap bulan pada saat posyandu.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

- 1) Penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan menjadikan penelitian ini sebagai sumber referensi, melakukan penelitian lebih terperinci mengenai variabel-variabel yang belum diteliti seperti faktor genetik, BBLR, Status Infeksi, Sanitasi Lingkungan, Pelayanan Kesehatan dan Status Imunisasi serta MP-ASI dengan variabel bersih dan responsif.
- 2) Diharapkan adanya penelitian selanjutnya dengan menggunakan desain *case control*

DAFTAR PUSTAKA

- Adiningsih, S. 2010. *Waspada! Gizi Balita Anda, Tip Mengatasi Anak Sulit Makan, Sulit Makan Sayur dan Minum Susu*. Jakarta: PT Elex Media Komlitudo.
- Adriani, M. dan Wirjatmadi, B. 2012. *Peranan Gizi Dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana.
- Adriani, M. dan Wirjatmadi, B. 2016. *Pengantar Gizi Masyarakat*. Jakarta: Kencana.
- Ahmad, A., Widyastari, S., dan Chairani. 2013. Pengaruh Pola Asuh Gizi terhadap Kejadian Gizi Kurang pada Anak Usia 6-24 Bulan di Kecamatan Peukan Banda Aceh Besar. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Nasuwakes*. Vol 6(2):85-98.
- Al-Mahdy, R. R. W. R. O. 2013. Hubungan antara Karakteristik Sosial Ekonomi Keluarga dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Balita Umur 25-59 Bula (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember). *Skripsi*. Jember: Universitas Jember.
- Almatsier, S. 2009. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama.
- Ananda, R. F. 2015. Analisis Pengaruh Sosial Ekonomi terhadap Pengeluaran Konsumsi Keluarga Miskin (Studi pada Masyarakat Pesisir di Desa Gisikcemand dan Desa Tambakcemandi Kecamatan Sedati Kabupaten Sidoarjo). Malang: *Jurnal Ilmiah*. Vol 4(1): 1-22.
- Andiana, P. P. E., dan Karimin, N. L. 2012. Pengaruh Pendapatan, Jumlah Anggota Keluarga dan Pendidikan terhadap Pola Konsumsi Rumah Tangga Miskin di Kecamatan Gianyar. *E-Jurnal Ekonomi Pembanguna*. Vol 1(1): 39-48.
- Angraheni, H.S. 2012. Faktor Resiko Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 12-36 Bulan di Kecamatan Pati Kabupaten Pati. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 1(1):30-37.

- Anindita, P. 2012. *Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, Kecukupan Protein & Zinc dengan Stunting (pendek) pada Balita Usia 6-35 bulan di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. Kesehatan Masyarakat*, 1, 617–626. Retrieved from <http://ejournals1.undip.ac.id/index.php/jkm>
- Anisa, P. 2012. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 25-60 Bulan di Kelurahan Kalibaru Depok Tahun 2012. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Anisiru, M.A., dan Domili, I. 2018. Pengaruh Asupan Energi dan Protein, Pola Asuh dan Status Kesehatan terhadap Kejadian Stunting pada Anak Usia 12-36 Bulan di Puskesmas Tilanggo Kecamatan Tilanggo Kabupaten Gorontalo. *Health and Nutritions Journal*. Vol. 4(1):7-16.
- Ardiyah, F.O., Rohmawati, N., dan Ririanty, M. 2015. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stunting pada Anak Balita di Wilayah Pendesaan dan Perkotaan. *Jurnal Pustaka Kesehatan*. Vol 3(1):163-170.
- Arida, A., Sofyan dan Fadhiela, K. 2015. Analisis Ketahanan Pangan Rumah Tangga Berdasarkan Proporsi Pengeluaran Pangan dan Konsumsi Energi (Studi Kasus pada Rumah Tangga Petani Peserta Program Desa Mandiri Paringan di Kecamatan Indraputri Kabupaten Aceh Besar). *Jurnal Agrisep*. Vol 16(1):20-34.
- Asrar, 2009. Pola Asuh Makan, Asupan Zat Gizi dan Hubungannya dengan Status Gizi Anak Balita Masyarakat Suku Nuaulu di Kecamatan Amahai Kabupaten Maluku Tengah, Provinsi Maluku. *Tesis*. Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
- Astari, I. D., Naosetion, A., dan Dwiriani, C.M. 2005. Hubungan Karakteristik Keluarga, Pola Pengasuhan dan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-12 Bulan. *Jurnal Gizi dan Keluarga*. Vol 29(2):40-46.
- Astutik, A., Rahfiludin, M. Z., dan Aruben, R. 2018. Faktor Resiko Kejadian *Stunting* pada Anak Balita Usia 24-59 Bulan (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Gabus II Kabupaten Pati Tahun 2017). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. vol 6(1): 409-418.

- Azmy, U., dan Mundiastuti, L. 2018. Konsumsi Zat Gizi pada Balita *Stunting* dan Non-*Stunting* di Kabupaten Bangkalan. Surabaya. *Jurnal Amerta Nutrition*. Vol 2(3): 292-298.
- Azqinar, C. T. 2019. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dan Pendapatan Keluarga terhadap Kejadian *Stunting* pada Anak Balita Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Way Urang Kabupaten Lampung Selatan. [Skripsi]. Lampung: Universitas Lampung.
- Azwar, S. 2009. *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Badan Penelitian dan Pengembangan. 2013. *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI [Online] tersedia <http://www.depkes.go.id/resources/download/general> [18 Mei 2019]
- Badan Pusat Statistik. 2012. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012: Laporan Pendahuluan*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Statistik Kabupaten Bima. 2018. *Laporan Publikasi Statistika Kabupaten Bima*. Bima: Badan Pusat Statistik Kabupaten Bima.
- Bahmat, D. O., Bahar, H., dan Jus'at. 2009. Hubungan Asupan Seng, Vitamin A, Zat Besi pada Balita (24-59 Bulan) dan Kejadian *Stunting* di Kepulauan Nusa Tenggara. *Skripsi*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Beck, M. E. 2011. *Ilmu Gizi dan Diet*. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Cahyana, A. S. 2018. Hubungan Pola Asuh Gizi dan Kesehatan dengan Status Gizi pada Baduta di Puskesmas Sangkrah Kota Surakarta. *Karya Tulis Ilmiah*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Chandra, B. 2013. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Clements dan Bardosono. 2014. Korelasi antara Asupan Kalsium dengan Indikator Tinggi Badan terhadap Umur (TB/U) pada Anak Usia 5-6 Tahun di Jakarta: *Skripsi*. Depok: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

- Damayanti, R. A., Muniroh, L. dan Farapti. 2016. *Perbedaan Tingkat Kecukupan Zat Gizi dan Riwayat Pemberian Asi Eksklusif Pada Balita Stunting Dan NonStunting*. Media Gizi Indonesia. Vol 2(1): 61–69.
- Dapetemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI. 2007. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Devi, M. 2010. *Analisis Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Status Gizi Balita di Pendesaan*. Malang: Universitas Negeri Malang.
- Dewi, K. E., dan Nindya, S. T. 2017. Hubungan Tingkat Kecukupan Zat Besi dan Seng dengan Kejadian *Stunting* pada Balita 6-23 Bulan. Surabaya. *Jurnal Amerta Nutrition*. Vol 1(4): 361-368.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bima. 2018. *Pemantauan Status Gizi 2018*. Tidak Diterbitkan. Bima: Dinas Kesehatan Kabupaten Bima.
- Ernawati, F., Prihatini, M., dan Yuriesta, A. 2016. Gambaran Konsumsi Protein dan Hewani Pada Anak Balita Stunting dan Gizi Kurang Di Indonesia. Jakarta: *Penelitian Gizi dan Makanan*. Vol 39(2): 95-102.
- Farhansyah, N. 2019. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usi 6-23 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Tangerang Selatan Tahun 2018. *Skripsi*. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Felicia, C. 2009. *Osteoporosis: Panduan Lengkap Agar Tulang Anda Tetap Sehat*. Yogyakarta: B First.
- Festi, P. 2018. *Buku Ajar Gizi dan Diet*. Surabaya: penerbit UM Surabaya Publishing.
- Fitri, L. 2018. Hubungan BBLR dan ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting di Puskesmas Lima Puluh Pekanbaru. *Jurnal Endurance*. Vol 3(1): 131-137.
- Gibson, R.S. 2005. *Principle of Nutritional Assesment*. New York: Oxford University Press.

- Hadi, H. 2005. *Beban Ganda Masalah Gizi dan Implikasinya terhadap Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional*. Pidato Pengukuhan Guru Besar. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Hairunis, M. N. 2015. Determinan Kejadian *Stunting* pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Soromandi Kabupaten Bima Nusa Tenggara Barat. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember.
- Hanafie, R.2010. *Pengantar Ekonomi Pertanian*. Yogyakarta: ANDI.
- Hanum, F., Khomson, A., dan Heryatno, Y. 2014. Hubungan Asupan Gizi dan Tinggi Badan Ibu dengan Status Gizi Anak Balita. Bogor: *Jurnal Gizi dan Pangan*. Vol 9(1): 1-6.
- Hardiyansyah dan Supariasa, I.D.N. 2016. *Ilmu Gizi: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: EGC.
- Hastono, S.P. 2016. *Analisis Balita Bidang Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Hendrayati, Nadimin, Sirajuddin, dan Hasanah, S.U. 2014. Hubungan Pola Asuh dan Asupan Zat Gizi pada Baduta *Stunting* dan atau *Wasting* di Kelurahan Allepolea Kecamatan Lau Kabupaten Maros. *Jurnal Media Gizi Pangan*. Vol. XVIII Edisi 2:52-59.
- Hidayat, A.A.A. 2010. *Metodelogi Penelitian Kesehatan: Paradigma Kuantitatif*. Surabaya: Health Boks Publishing.
- Ibrahim, I. ,A dan Faramita A. 2015. *Hubungan Faktor Soaial Ekonomi Keluarga dengan Kejadian Stunting Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Kota Makassar*. Fakultas Ilmu Kesehatan : UIN Alauddin Makassar.
- Imanni, N.S. 2016. Hubungan Asupan Kalsium, Asupan Zink Dengan Kejadian *Stunting* Pada Anak Balita Usia 4-5 Tahun Di Desa Mekarjaya, Kesematan Banjbaru Kabupaten Bandung Tahun 2016. *Skripsi*. Bandung: Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bandung.
- Intan, L. 2016. Hubungan Presepsi Siswa tentang Pola Asuh Orang Tua dengan motivasi Belajar Siswa Kelas V Sd Negeri 2 Branti Raya. *Skripsi*. Lampung: Universitas Lampung.

- Jayanti, E.N. 2015 hubungan Antara Pola Asuh Gizi dan Konsumsi Makanan dengan Kejadian Stunting pada Anak Balita Usia 6-24 Bulan (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Ranuagung Kabupaten Lumajang Tahun 2014). *Skripsi*. Jember University Press.
- Kartasapoetra dan Marsetyo. 2008. *Ilmu Gizi Korelasi Gizi dan Produksi Kerja*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1995/MENKES/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta:Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Pengaturan Menteri Kesehatan RI No. 75 Tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan bagi Bangsa Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Pedoman Penggunaan Kartu Menuju Sehat (KMS) Balita*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018a. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018b. *Buku Saku Pemantauan Status Gizi*. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Direktorat Bina Gizi
- Krisnatuti, D. 2002. *Menyiapkan Makanan Pendamping ASI*. Jakarta: Puspa Swara. Anggota IKAPI.
- Kusparlina, EP. 2016. Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Perkembangan Anak Usia 1-3 Tahun di Desa Manisrejo Kecamatan Taman Kota Mediu. *Temu Ilmiah Hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Rakernas AIPKEMA*. Madiun: Akademik Kebinaan Muhammadiyah Madiun.
- Kusuma, K.E dan Nuryanto. 2013. Faktor Resiko Kejadian Stunting pada Anak Usia 2-3 Tahun (Studi di Kecamatan Semarang Timur). *Journal of Nutrition College*. Vol 2(4):523-530.

- Maharani, O. 2016. Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini Berhubungan dengan Kejadian Diare pada Bayi 0-12 bulan di Kecamatan Dampal Utara, Tolitoli, Sulawesi Tengah. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*. Vol 4(2): 84-89.
- Maisarah, U. F. 2018. *Hubungan Status Pekerjaan Ibu, Tingkat Pendapatan Keluarga, Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Gizi dan Pemberian ASI Eksklusif terhadap Status Gizi Balita*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah surakarta.
- Marimbi, H. 2010. *Tumbuh Kembang, Status Gizi, dan Imunisasi Dasar pada Balita*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Maulidah, W. B., Rohmawati, N., dan Sulistiyani. 2019. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Balita di Desa Panduman Kecamatan Kelbuk Kabupaten Jember. Jember: *Jurnal Ilmu Gizi Indonesia*. Vol 2(2): 89-100.
- Muaris, H. 2006. *Lauk Bergizi Untuk Anak Balita*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Muchlis, N., Hadju, V., dan Jafar, N. 2011. Hubungan Asupan Energi dan Protein dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Tamamaung. Makassar: Universitas Hasanuddin Makassar.
- Muchtadi, D. 2014. *Pengantar Ilmu Gizi*. Bandung: Alfabeta.
- Nabuasa, C.D., Juffrie, M., Huriyati, E. 2013. Hubungan Riwayat Pola Asuh, Pola Makan, Asupan Gizi terhadap Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 24-59 Bulan di Kecamatan Biboki Utara Kabupaten Timur Tengah Utara Provinsi Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia*. Vol 1(3): 151-163.
- Nasikhiah, R. 2012. Faktor Resiko Kejadian *Stunting* pada Balita Usia 24-36 Bulan di Kecamatan Semarang Timur. *Journal of Nutrition College*. Vol 1(1):176-184.

- Nasution, D., Nurdiati, D.S., dan Huriyati, E. 2014. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. Vol 11(1):31-37.
- Nazir, M. 2009. *Motode Peneitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Ni'mah, C., dan Muniroh, L. 2015. Hubungan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan dan Pola Asuh Ibu dengan Kejadian *Stunting* pada Balita Keluarga Miskin. Surabaya: *Media Gizi Indonesia*. Vol 10(1): 84-90.
- Ni'mah, K. dan Nadhiroh, S.R. 2015. Faktor yang Berhubungan dengan Stunting pada Balita. *Jurnal Media Gizi Indonesia*. Vol 10(1):13-19.
- Ningrum, E. W., dan Utami, T. 2017. *Hubungan Antara Status Gizi Stunting Dan Perkembangan Balita Usia 12-59 Bulan*. Purwokerto: STIKES Harapan Bangsa Purwokerto.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Motodelogi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi Cetakan Kedua*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Noviza, L. 2014. Hubungan Konsumsi Zinc dan Vitamin A dengan Kejadian *Stunted* pada Anak Batita di Desa Rambai Kecamatan Pariaman Selatan Tahun 2014. *Karya Tulis Ilmiah*. Padang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.
- Oktarina, Z. 2012. Hubungan Berat Lahir dan Faktor-Faktor Lainnya dengan Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan di Provinsi Aceh, Sumatra Utara, Sumatra Selatan dan Lampung Tahun 2010 (Analisis Dara Riskesdas 2010). *Jurnal Pangan dan Gizi*. Vol 8(3):175-180.
- Oktarina, Z., dan Sudiarti, T. 2013. Faktor Resiko *Stunting* pada Balita (24-59 Bulan) di Sumatra. *Jurnal Gizi dan Pangan*. Vol 8(3): 175-180.
- Oktavianti, D. 2012. *Hubungan antara Tingkat Konsumsi dan Pola Asuh Gizi dengan Status Gizi Anak Balita pada Ibu yang Bekerja di PT. Perkebunan Nusantara X (Persero) Unit Industri BOBBIN Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember*. [Skripsi]. Jember: Universitas Jember.

- Pahlevi, A.E. 2012. Determinan Status Gizi pda Siswa Sekolah Dasar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 7(2):122-126.
- Par'i, H. 2014. *Penilaian Status Gizi dilengkapi dengan Proses Asuhan Gizi Standar*. Jakarta: EGC
- Paramashanti, A.B. 2019. *Gizi bagi Anak dan Ibu*. PT. Pustaka Baru.
- Peraturan Gubernur Nusa Tenggara Barat [Pergub NTB]. 2018. Upah *Minimum Kabupaten/Kota*. [Online]. [26 April 2019].
- Prabantini, Dwi. 2010. *A to Z Makanan Pendamping ASI*. Yogyakarta: Andi.
- Pratiwi, T.D., Masrul dan Yerizel, E. 2016. Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang. *Journal Kesehatan Andalas*. Vol 5(3):661-665.
- Proverawati dan Asfuah. 2009. *Gizi untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Proverawati, A., dan Wati. K. E. 2011. *Ilmu Gizi untuk Keperawatan dan Gizi Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pudjadi. 2005. *Ilmu Gizi Klinis pada Anak Edisi 4*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Putri, A. 2012. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, Kecukupan Protein dan Zink dengan *Stunting*(Pendek) pada Balita Usia 6-35 Bulan di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. Semarang: *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. vol 1(2): 617-626.
- Rachmat, M. 2017. *Metodelogi Penelitian Gizi dan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, O. A., dan Rahman, F. 2015. Riwayat Berat Badan Lahir Rendah dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Bawah Dua Tahun. Banjarmasin: *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. Vol 10(2): 67-73.

- Rahayuningati, F. D. S. 2015. Pratik Pola Asuh, Konsumsi Makanan, dan Status Gizi Anak Balita Usia 6-24 Bulan (Studi pada Masyarakat Suku Using Desa Kemiren Kecamatan Galagah Kabupaten Banyuwangi). *Skripsi*. Jember: Universitas Jember.
- Rahmad, A.H.A. 2017. Pemberian ASI dan MP-ASI terhadap Pertumbuhan bagi Usia 6-24 Bulan. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. Vol 17(1): 8-14.
- Rahmawati, H. 2018. Hubungan Tingkat Konsumsi Energi dan Protein Anak Balita dan Perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dengan Kejadian *Stunting* di Desa Nyemoh Kecamatan Bringin Kabupaten Semarang. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Surakarta.
- Rambitan, W., Purba, R.B., dan Kapantow, H.N. 2017. Hubungan Antara Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Batita di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangkaon Kabupaten Minahasa. *Artikel Penelitian*. Universitas Sam Ratulangi.
- Riyadi, H. 2007. *Zinc (Zn) untuk Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. Penanggulangan Masalah Defisiensi Seng (Zn) : From Farm to Table*: 36-67.
- Ronyeot, B. S., Hadju, V, dan Rochimiwati, S. 2013. *Hubungan Pola Asuh dengan Kejadian Stunting Anak Usia 6-23 Bulan di Wilayah Pesisir Kecamatan Tallo Kota Makassar*. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Rosha, B. C., Herdiansyah., Baliwati, F. 2012. Analisis Determinan *Stunting* Anak 0-23 Bulan pada Daerah Miskin di Jawa Tengah dan Jawa Timur. *Panel Gizi Makan*. Vol 35(1): 34-41.
- 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*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rukmana, E., Briawan, D., dan Ekayanti, I. 2016. Faktor Resiko *Stunting* pada Usia 6-12 Bulan di Kota Bogor. *Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. Vol 12(3):192-199.

Sadjana. 2005. *Metodelogi Statistika*. Bandung: PT. Tarsito.

Saepudin, M. 2011. *Metodelogi Penelitian Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: TIM

Saraswati. 2008. Hubungan antara Sosial Ekonomi Keluarga dan Intake Zat Gizi dengan Tinggi Badan Anak Baru Masuk Sekolah di Daerah Endemis GAKY Kecamatan Parbulun Kabupaten Dairu. Tidak Dipublikasikan. *Tesis*. Medan: Sekolah Pasca Sarjana Universitas Sumatra Utara.

Sari, E.M., Juffri, M., Nurani, N., Sitaresmi, M.N. 2016. Asupan Protein, Kalsium, Fosfor pada Anak Stunting dan Tidak Stunting Usia 24-59 Bulan. *Jurnal Klinik Indonesia*. Vol 12(4):152-159.

Sastroasmoro, S dan Ismael, S. 2014. *Dasar-dasar Metodelogi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.

Sentana, F. L., Hrp. R. J., dan Hasan, Z. 2018. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 12-24 Bulan di Kelurahan Kampung Tengah Kecamatan Sukajadi Pekanbaru. Riau: *Jurnal Ibu dan Anak*. Vol 6(1): 1-9.

Setiawan, *et al.* 2018. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kecamatan Padang Timur Kota Padang Tahun 2018*. *Jurnal Kesehatan Andalas*. Vol 7(2)

Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*. Jakarta: Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Dapertemen Pendidikan Nasional.

Soetjiningsih, dan Ranuh, G . 2012. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.

Sudirman, H. 2008. *Stunting* atau Pendek : Awal Perubahan Patologis atau Adaptasi karena Perubahan Sosial Ekonomi yang Berkepanjangan. *Media Litbang Kesehatan*. Vol 18(1): 33-43.

Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

- Suhardjo. 2005. *Perencanaan Pangan dan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Suiraoaka, I.P., Kusumajaya, A.A.N., dan Larasati, N. 2011. Perbedaan Konsumsi Energi, Protein, Vitamin A dan Frekuensi Sakit karena Infeksi pada Anak Balita Status Gizi Pendek (Stunted) dan Normal di Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I. *Artikel Penelitian*. Poltekkes Denpasar.
- Sulaiman, T.N.S. 2014. *Teknologi & Formulasi Sediaan Tablet*. Pustaka Laboratorium Teknologi Farmasi, Fakultas Farmasi. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 56 – 59, 198 – 215.
- Sulistiyan. 2011. *Gizi Masyarakat I Masalah Gizi Utama di Indonesia*. Jember: Universitas Jember Press.
- Sulistyoningsih, H. 2011. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sundari, E., dan Nuryanto. 2016. Hubungan Asupan Protein, Seng, Zt Besi, dan Riwayat Penyakit Infeksi dengan Z-Score TB/U pada Balita. Semarang: *Journal of Nutrition College*. Vol 5(4): 520-529.
- Supariasa, I. D. N., Bakri, B., dan Fajar, I. 2016. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Supariasa, I.D.N, dan Kusharto, C.M. 2014. *Survei Konsumsi Gizi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Suryani & Andrias. 2015. *Hubungan Praktik Pemberian Makan Dengan Kejadian Berat Badan Kurang Pada Anak Usia 6-24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidoarjo*. Media Gizi Indonesia, Vol. 10(1): 91–96.
- Susilowati dan Kuspriyanto. 2016. *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Tejasari. 2005. *Nilai Gizi Pangan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- TNP2K (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan). 2017. *Ringkasan 100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil*

(*Stunting*). Jakarta: TNP2K (Tim nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan).

Triagustin. 2013. *Hubungan Antara Penyakit Infeksi Kronis dengan Kurang Energi Protein pada Balita di Puskesmas Ungaran dan Puskesmas Lerep. Karya Tulis Ilmiah*. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang.

UNICEF. 2009. *Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition*. USA: United Children's Fund. ISBN: 978-92-806-4482-1.

Vaozia, S., dan Nuryanto. 2016. Faktor Resiko Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 1-3 Tahun (Studi di Desa Meduren Kecamatan Brati Kabupaten Grobongan). *Journal of Nutrition Callege*. Vol 5(4): 314-320.

Virginia A., Maryanto, S., dan Anugrah, M. R. 2020. Hubungan Pemberian MP-ASI dan Usia Pertama Pemberian MP-ASI dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 6-24 Bulan di Desa Leyengan Kecamatan Ungaran Kabupaten Semarang. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*. Vol 12(27): 29-39.

Wahdah, S., M. Juffrie., E. Huriyati. 2015. *Faktor Risiko Kejadian Stunting pada Anak Umur 6-36 Bulan di Wilayah Pedalaman Kecamatan Silat Hulu, Kapuas Hulu, Kalimantan Barat*. *Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia* Vol. 3, No. 2, Mei 2015: 119-130.

Welasasih B, dan Wirjatmadi R. 2012. *Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi alita Stunting*. *The Indonesian Journal Of Public Health*. 8(3) : 92-104.

Wellina, W. F., Kartasurya, M. I., dan Rahfilludin, M. Z. 2016. Faktor Resiko *Stunting* pada Anak Umur 12-24 Bulan. *Jurnal Gizi Indonesia*. Vol 5(1): 55-61.

WHO, 2007. *Who Child Growth Standards Based On Length / Height, Weight Andage, Acta Paediatrica*.

Wibowo, H. K. A. 2018. Hubungan Asupan Kalsium dan Pendidikan Ibu dengan Kejadian *Stunting* pada Anak di Balita. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Wijayanti, H.S., Annisa, Z., Iqlima, S. 2016. *Gizi pada Anak Sekolah Dasar*. Jakarta: Ajinomoto [Online] http://www.ajinomoto.co.id/pdf/Modul_Ajinomoto.pdf [26 Maret 2019]

Winarti, S. 2010. *Makanan Fungsional*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Wiyogowati, C. 2012. Kejadian Stunting pada Anak Berumur di Bawah Lima Tahun (0-59 Tahun) di Provinsi Papua Barat Tahun 2010 (Analisis Data Riskesdas 2010). *Skripsi*. Jakarta: Universitas Indonesia.

World Bank. 2007. *Nutritional Failure In Ecuador Causes, Consequences, and Solutions*. Washington DC: The World Bank Press. [Online]<http://www.org/curated/en/823021468026950397/pdf/386890replacem101official0use0only1.pdf>

Zeitlin, M. 2000. Gizi Balita di Negara-Negara Berkembang; Peran Pola Asuh Anak; Pemanfaatan Hasil Studi Penyimpanan Positif untuk Program Gizi. *Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII, LIPI*. Jakarta.

LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Persetujuan (Informed Consent)



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan 1/93 Kampus Bumi Tegalboto

Kotak Pos 157 Jember 68121

Telp. (0331) 331743 Fax. (0331) 322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Usia :

No Hp :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu penyelesaian tugas akhir (skripsi) dengan menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Diansa Fitri

NIM : 152110101251

Judul : Pola Asuh Gizi dan Kejadian Stunting Pada Anak Balita Usia 6-24 Bulan (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima)

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak atau resiko apapun pada saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar serta kerahasiaan jawaban pada saat wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan apapun untuk ikut sebagai subjek atau responden dalam penelitian ini.

Bima,2019

Responden,

(.....)

Lampiran B. Kusioner Penelitian**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER****FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jalan Kalimantan 1/93 Kampus Bumi Tegalboto

Kotak Pos 157 Jember 68121

Telp. (0331) 331743 Fax. (0331) 322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id**KUISIONER PENELITIAN**

Judul : Pola Asuh Gizi dan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan
(Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Woha Kabupaten Bima)

Petunjuk Pengisian:

- Membacakan pertanyaan kepada responden dengan baik, benar dan sesuai dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh responden
- Memberi kode 1, 2, 3, atau sesuai dengan pilihan nomor yang sudah tertera di kolom pilihan

KETERANGAN ENUMERATOR

Tanggal Wawancara :

Nama Pewawancara :

KARAKTERISTIK RESPONDEN

No	Pertanyaan	Jawaban	Kode
1	Nama Balita		
2	Tanggal Lahir		
3	Umur		
4	Jenis Kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	<input type="checkbox"/>
5	Panjang Badan atau Tinggi Badancm	
6	Nama kepala keluarga		
7	Umur kepala keluarga		

8	Nama ibu responden		
9	Umur ibu responden		
10	Tingkat pendidikan ibu responden	1. Tidak sekolah 2. Tidak tamat SD/MI 3. Tamat SD/MI 4. Tamat SMP/MTS 5. Tamat SMA/MA 6. Tamat D1/D2/PT	<input type="text"/>
11	Status pekerjaan ibu responden	1. Ibu Rumah Tangga 2. Pedagang 3. PNS 4. Buruh/Tani 5. Wiraswasta 6. Pensiunan 7. Pegawai swasta 8. Lainnya	<input type="text"/>
12	Jumlah anggota keluarga	1. Besar : apabila >4 anggota 2. Kecil : apabila ≤ 4 anggota	<input type="text"/>
13	Pendapatan rumah tangga atau keluarga per bulan	Rp.	<input type="text"/>
14	Pengeluaran rumah tangga atau keluarga per bulan untuk pangan	Rp.	<input type="text"/>
POLA ASUH GIZI			
15	Apakah ibu memberikan makanan kepada bayi ibu sebelum ASI ibu keluar, makanan yang diberikan seperti air, susu formula, air kelapa,	1. Iya 2. Tidak	<input type="text"/>

	pisang dan madu?		
16	Apakah ibu memberikan ASI saja kepada bayi ibu tanpa makanan lain saat usia 0-6 bulan?	1. Iya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
17	Apakah ibu memberikan makanan pendamping (MP-ASI) kepada bayi ibu?	1. Iya 2. Tidak	<input type="checkbox"/>
18	Kapan ibu mulai memberikan makanan (MP-ASI) kepada anak selain ASI?	1. Baik, jika MP-ASI diberikan pada saat usia 6 bulan atau usia 6 bulan 29 hari (perhitungan bulan penuh) = 1 2. Tidak baik, jika MP-ASI diberikan pada saat usia < 6 bulan ataupun > 6 bulan = 0	<input type="checkbox"/>
19	Jenis MP-ASI apa saja yang ibu berikan?	1. 6-8 bulan: Memberikan makanan yang lumat secara bertahap sesuai dengan penambahan usia seperti bubur tim lumat	<input type="checkbox"/>
		2. 9-11 bulan: makanan yang diberikan berupa makanan yang lebih lembek seperti nasi tim, bubur nasi dan nasi lembek	<input type="checkbox"/>
		3. 12-24 bulan: makanan yang diberi adalah makanan keluarga dilakukan secara bertahap sesuai dengan kemampuan anak	<input type="checkbox"/>
20	Apa saja ragam atau macam MP-ASI yang diberikan kepada anak?	1. Makanan pokok: nasi putih, nasi jagung, singkong, ubi, sagu dan hasil olahannya seperti mie	<input type="checkbox"/>
		2. Lauk : ayam, telur, ikan, daging, hati, tahu dan tempe	<input type="checkbox"/>
		3. Sayur: kacang panjang, wortel, bayam, kentang	<input type="checkbox"/>

		4. Buah-buahan: pepaya, pisang, apel, jeruk	<input type="checkbox"/>	
21	Berapa kali dan berapa banyak MP-ASI yang diberikan kepada anak dalam sehari?	1. 6-8 bulan: 2-3 kali sehari dan selingan 1-2 kali sehari dengan porsi 2-3 sendok makan dan ditingkatkan bertahap sampai $\frac{1}{2}$ mangkok kecil atau setara dengan 250 ml.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. 9-11 bulan: 3-4 kali sehari dan selingan 1-2 kali sehari sebanyak $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ porsi mangkok kecil atau setara dengan 250 ml.	<input type="checkbox"/>	
		3. 12-24 bulan: 3-4 kali sehari dan selingan 1-2 kali sehari sebanyak $\frac{3}{4}$ porsi mangkok kecil atau setara dengan 250 ml.	<input type="checkbox"/>	

Lampiran C. Angket Pengetahuan Ibu tentang Gizi

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER**



FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan 1/93 Kampus Bumi Tegalboto

Kotak Pos 157 Jember 68121

Telp. (0331) 331743 Fax. (0331) 322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

Petunjuk pengisian : Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang benar dan sesuai

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Menurut ibu, apa saja contoh menu makanan seimbang?	a. Makanan pokok, lauk pauk dan sayur b. Makanan pokok, lauk pauk dan buah c. Makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah
2	Apa yang ibu ketahui tentang makanan sehat dan bergizi?	a. Makanan yang enak dan mengenyangkan b. Makanan yang harganya mahal c. Makanan dengan menu seimbang
3	Menurut ibu, apa saja zat gizi yang dibutuhkan oleh balita?	a. Protein, mineral dan vitamin b. Karbohidrat, lemak, protein, vitamin dan mineral c. Karbohidrat, protein, dan lemak
4	Menurut ibu, apa saja manfaat karbohidrat bagi balita?	a. Sebagai perkembangan otot b. Zat gizi yang berfungsi untuk pertumbuhan c. Sebagai Penghasil energi
5	Menurut ibu, manakah bahan makanan yang merupakan sumber karbohidrat?	a. Nasi, mie, dan singkong b. Sayur, ubi, dan ikan c. Susu, tahu, dan tempe

6	Menurut ibu, apa saja manfaat protein bagi balita?	<ul style="list-style-type: none"> a. Untuk memelihara kesehatan mata b. Penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak c. Mencegah timbulnya penyakit gondok
7	Menurut ibu, manakah bahan makanan yang merupakan sumber protein hewani?	<ul style="list-style-type: none"> a. Singkong, wortel dan tempe b. Ikan, tempe dan tahu c. Daging, telur dan ayam
8	Menurut ibu, apa saja manfaat kalsium bagi balita?	<ul style="list-style-type: none"> a. Sebagai pembentukan tulang b. Sebagai perkembangan otot c. Penting untuk kekebalan tubuh
9	Menurut ibu, manakah bahan makanan yang merupakan sumber kalsium?	<ul style="list-style-type: none"> a. Pepaya, susu dan ikan b. Telur, ikan dan daging c. Susu, ikan teri kering dan kacang tanah
10	Menurut ibu, apa saja manfaat <i>zink</i> bagi balita?	<ul style="list-style-type: none"> a. Penting untuk daya tahan tubuh b. Supaya bayi tetap sehat c. Sebagai pembentuk tulang dan gigi supaya kuat
11	Menurut ibu, manakah bahan makanan yang merupakan sumber <i>zink</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> a. Kacang tanah, tempe dan tahu b. Kerang, telur dan daging d. Daging, sayur dan buah
12	Menurut ibu, apa saja manfaat zat besi bagi balita?	<ul style="list-style-type: none"> a. Dapat meningkatkan kemampuan belajar anak b. Mencegah kurang darah c. Dapat memelihara kesehatan tubuh
13	Menurut ibu, manakah bahan makanan yang merupakan sumber zat besi?	<ul style="list-style-type: none"> a. Ikan, daging dan hati ayam b. Bayam, pepaya dan ayam c. Susu, telur dan tempe
14	Menurut ibu, apa saja manfaat ASI	<ul style="list-style-type: none"> a. Untuk kekebalan tubuh bayi dan

	untuk bayi?	kecerdasan anak b. Supaya bayi tidak sering menangis c. Supaya bayi menjadi sehat dan gemuk
15	Apa yang dimaksud dengan ASI Eksklusif?	a. Pemberian ASI dengan makanan b. Pemberian ASI dengan selingan susu formula c. Pemberian ASI saja tanpa tambahan makanan lainnya
16	Pemberian ASI Eksklusif diberikan pada usia?	a. 0-6 bulan b. 0-12 bulan c. 6-12 bulan
17	Menurut ibu, pada umur berapa anak diberikan makanan dan minuman selain ASI?	a. Umur 6 bulan b. Umur 1 tahun c. Umur 2 tahun
18	Menurut ibu, apa saja manfaat makanan pendamping ASI (MP-ASI) bagi balita?	a. Melatih anak untuk makan b. Memenuhi kebutuhan gizi selain ASI c. Supaya anak tidak rewel atau menangis
19	Apakah balita yang dimaksud dengan <i>stunting</i> (pendek)?	a. Anak balita yang tinggi badannya tidak sesuai dengan usianya b. Anak balita yang berat badannya tidak sesuai dengan usianya c. Anak balita yang berat dan tinggi badannya tidak sesuai dengan usianya
20	Menurut ibu, apa saja penyebab timbulnya kejadian <i>stunting</i> (pendek) pada anak balita?	a. Anak kurang mendapatkan kasih sayang dari orang tua b. Terlalu banyak mengonsumsi

		makanan dengan kandungan MSG yang tinggi c. Tidak tercukupinya kebutuhan asupan gizi anak sejak dalam kandungan dan masa balita
--	--	--

Kunci Jawaban:

- | | |
|-------|-------|
| 1) C | 11) B |
| 2) C | 12) B |
| 3) B | 13) A |
| 4) C | 14) A |
| 5) A | 15) C |
| 6) B | 16) A |
| 7) C | 17) A |
| 8) A | 18) B |
| 9) C | 19) A |
| 10) A | 20) C |

Lampiran E. Lembar *Food Frequency Questionnaire* (FFQ)LEMBAR *FOOD FREQUENCY QUESTIONNAIRE* (FFQ)

Nama Responden :

Berilah tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai dengan kebiasaan makan responden

Jenis Makanan	Fekkuensi Konsumsi					
	>1 kali/hari	1 kali/hari	3-6 kali/minggu	1-3 kali/minggu	2 kali/bulan	Tidak pernah
a. Sumber Karbohidrat						
a. Nasi						
b. Lontong						
c. Bubur						
d. Mie instan						
e. Kentang						
f. Roti						
g. Ubi jalar						
h. Singkong						
i.						
b. Sumber Protein Nabati						
a. Tahu						
b. Tempe						
c. Kacang hijau						
d. Kacang tanah						
e. Kacang kedelai						
f.						
c. Sumber Protein Hewani						
a. Telur ayam						
b. Hati ayam						
c. Udang						
d. Daging sapi						
e. Daging Ayam						
f. Ikan tongkol						
g. Ikan nila						
h. Ikan pindang						
i. Ikan tenggiri						
j. Ikan bandeng						
k.						
d. Sayur-sayuran						

a. Bayam						
b. Kangkung						
c. Daun kelor						
d. Buah kelor						
e. Kacang panjang						
f. Sawi hijau						
g. Wortel						
h. Daun Katuk						
i. Buncis						
j.						
e. Buah-buahan						
a. Pepaya						
b. Mangga						
c. Semangka						
d. Apel						
e. Salak						
f. Jeruk						
g. Pisang						
h. Rambutan						
i.						

Lampiran F. Hasil Uji Validitas dan Realibilitas

a. Uji Validitas

No			Total pengetahuan	Keterangan
1	pengetahuan 1	Pearson Correlation	,312	Tidak Valid
		Sig. (2-tailed)	,039	
		N	30	
2	pengetahuan 2	Pearson Correlation	,591**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	
3	pengetahuan 3	Pearson Correlation	,568**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,001	
		N	30	
4	pengetahuan 4	Pearson Correlation	,735**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	
5	pengetahuan 5	Pearson Correlation	,586**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,001	
		N	30	
6	pengetahuan 6	Pearson Correlation	,475**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,008	
		N	30	
7	pengetahuan 7	Pearson Correlation	,667**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	
8	pengetahuan 8	Pearson Correlation	,540**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,002	
		N	30	
9	pengetahuan 9	Pearson Correlation	,766**	Valid

		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	
10	pengetahuan 10	Pearson Correlation	,742**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	
11	pengetahuan 11	Pearson Correlation	,844**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	
12	pengetahuan 12	Pearson Correlation	,498**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	
13	pengetahuan 13	Pearson Correlation	,884**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	
14	pengetahuan 14	Pearson Correlation	,381*	Valid
		Sig. (2-tailed)	,038	
		N	30	
15	pengetahuan 15	Pearson Correlation	,480**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,007	
		N	30	
16	pengetahuan 16	Pearson Correlation	,395*	Valid
		Sig. (2-tailed)	,031	
		N	30	
17	pengetahuan 17	Pearson Correlation	,834**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	
18	pengetahuan 18	Pearson Correlation	,393*	Valid
		Sig. (2-tailed)	,032	
		N	30	
19	pengetahuan 19	Pearson Correlation	,665**	Valid

		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	
20	pengetahuan 20	Pearson Correlation	,281	Tidak Valid
		Sig. (2-tailed)	,133	
		N	30	
21	pengetahuan 21	Pearson Correlation	,735**	Valid
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	30	
22	pengetahuan 22	Pearson Correlation	,381*	Valid
		Sig. (2-tailed)	,038	
		N	30	
23	pengetahuan 23	Pearson Correlation	,043	Tidak Valid
		Sig. (2-tailed)	,822	
		N	30	
	Total pengeluaran	Pearson Correlation	1	
		Sig. (2-tailed)		
		N	30	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

b. Uji Reliabilitas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,921	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pengetahuan 2	12,40	30,869	,680	,915
pengetahuan 3	12,40	31,007	,654	,915
pengetahuan 4	12,17	31,247	,773	,913
pengetahuan 5	12,37	30,999	,664	,915
pengetahuan 6	12,60	32,179	,451	,920
pengetahuan 7	12,23	31,082	,727	,914
pengetahuan 8	12,37	31,344	,598	,917
pengetahuan 9	12,30	30,769	,739	,913
pengetahuan 10	12,30	30,976	,698	,914
pengetahuan 11	12,33	30,782	,719	,914
pengetahuan 12	12,63	32,033	,491	,919
pengetahuan 13	12,33	30,782	,719	,914
pengetahuan 14	12,30	32,907	,326	,923
pengetahuan 15	12,20	33,200	,312	,922
pengetahuan 16	12,07	33,926	,256	,922
pengetahuan 17	12,33	30,782	,719	,914
pengetahuan 18	12,30	33,114	,287	,923
pengetahuan 19	12,27	30,961	,723	,914
pengetahuan 21	12,17	31,247	,773	,913
pengetahuan 22	12,30	32,907	,326	,923

Lampiran G. Hasil Uji Statistik

A. Hubungan antara tingkat konsumsi zat gizi makro dan mikro dengan kejadian *stunting*

1) Hubungan tingkat konsumsi energi dengan kejadian *stunting*

tingkat konsumsi energi * kejadian *stunting* Crosstabulation

Count		kejadian <i>stunting</i>		Total
		<i>stunting</i>	tidak <i>stunting</i>	
tingkat konsumsi energi	Defisit	38	18	56
	tidak defisit	5	14	19
Total		43	32	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	10,008 ^a	1	,002	,003	,002
Continuity Correction ^b	8,382	1	,004		
Likelihood Ratio	10,123	1	,001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9,875	1	,002		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,11.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for tingkat konsumsi energi (defisit / tidak defisit)	5,911	1,844	18,950
For cohort kejadian <i>stunting</i> = <i>stunting</i>	2,579	1,190	5,590
For cohort kejadian <i>stunting</i> = tidak <i>stunting</i>	,436	,274	,695
N of Valid Cases	75		

2) Hubungan tingkat konsumsi protein dengan kejadian *stunting***tingkat konsumsi protein * kejadian stunting Crosstabulation**

Count

		kejadian stunting		Total
		stunting	tidak stunting	
tingkat konsumsi protein	defisit	21	26	47
	tidak defisit	21	7	28
Total		42	33	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	6,546 ^a	1	,011		
Continuity Correction ^b	5,374	1	,020		
Likelihood Ratio	6,776	1	,009		
Fisher's Exact Test				,016	,010
Linear-by-Linear Association	6,459	1	,011		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,32.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for tingkat konsumsi protein (defisit / tidak defisit)	,269	,096	,755
For cohort kejadian stunting = stunting	,596	,406	,874
For cohort kejadian stunting = tidak stunting	2,213	1,109	4,416
N of Valid Cases	75		

3) Hubungan tingkat konsumsi kalsium dengan kejadian *stunting*

tingkat konsumsi kalsium * kejadian stunting Crosstabulation

		kejadian stunting		Total
		stunting	tidak stunting	
tingkat konsumsi kalsium	kurang	16	8	24
	cukup	27	24	51
Total		43	32	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1,257 ^a	1	,262		
Continuity Correction ^b	,758	1	,384		
Likelihood Ratio	1,276	1	,259		
Fisher's Exact Test				,322	,192
Linear-by-Linear Association	1,240	1	,265		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,24.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for tingkat konsumsi kalsium (kurang / cukup)	1,778	,647	4,887
For cohort kejadian stunting = stunting	1,259	,858	1,848
For cohort kejadian stunting = normal	,708	,375	1,338
N of Valid Cases	75		

4) Hubungan tingkat konsumsi zat besi dengan kejadian *stunting*

tingkat konsumsi zat besi * kejadian *stunting* Crosstabulation

		kejadian <i>stunting</i>		Total
		Stunting	tidak <i>stunting</i>	
tingkat konsumsi zat besi	kurang	29	14	43
	cukup	13	19	32
Total		42	33	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5,355 ^a	1	,021		
Continuity Correction ^b	4,322	1	,038		
Likelihood Ratio	5,393	1	,020		
Fisher's Exact Test				,034	,019
Linear-by-Linear Association	5,283	1	,022		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,08.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for tingkat konsumsi zat besi (kurang / cukup)	3,027	1,170	7,837
For cohort kejadian <i>stunting</i> = <i>stunting</i>	1,660	1,040	2,650
For cohort kejadian <i>stunting</i> = normal	,548	,327	,919
N of Valid Cases	75		

5) Hubungan tingkat konsumsi zink dengan kejadian *stunting*

tingkat konsumsi zink * kejadian stunting Crosstabulation

		kejadian stunting		Total
		Stunting	tidak stunting	
tingkat konsumsi zink	kurang	34	14	48
	cukup	10	17	27
Total		44	31	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	8,139 ^a	1	,004		
Continuity Correction ^b	6,805	1	,009		
Likelihood Ratio	8,164	1	,004		
Fisher's Exact Test				,007	,005
Linear-by-Linear Association	8,031	1	,005		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,16.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for tingkat konsumsi zink (kurang / cukup)	4,129	1,521	11,209
For cohort kejadian stunting = stunting	1,913	1,132	3,231
For cohort kejadian stunting = normal	,463	,273	,785
N of Valid Cases	75		

B. Hubungan antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi zat gizi makro dan mikro

1) Hubungan antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi energi

pola asuh gizi * tingkat konsumsi energi Crosstabulation

Count		tingkat konsumsi energi		Total
		defisit	tidak defisit	
pola asuh gizi	kurang	29	16	45
	baik	27	3	30
Total		56	19	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	6,215 ^a	1	,013		
Continuity Correction ^b	4,937	1	,026		
Likelihood Ratio	6,817	1	,009		
Fisher's Exact Test				,015	,011
Linear-by-Linear Association	6,132	1	,013		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,60.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pola asuh gizi (kurang / baik)	,201	,053	,769
For cohort tingkat konsumsi energi = defisit	,716	,559	,917
For cohort tingkat konsumsi energi = tidak defisit	3,556	1,133	11,154
N of Valid Cases	75		

2) Hubungan antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi protein

pola asuh gizi * tingkat konsumsi protein Crosstabulation

		tingkat konsumsi protein		Total
		defisit	tidak defisit	
pola asuh gizi	kurang	28	20	48
	baik	19	8	27
Total		47	28	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1,070 ^a	1	,301		
Continuity Correction ^b	,618	1	,432		
Likelihood Ratio	1,088	1	,297		
Fisher's Exact Test				,332	,217
Linear-by-Linear Association	1,056	1	,304		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,08.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pola asuh gizi (kurang / baik)	,589	,216	1,612
For cohort tingkat konsumsi protein = defisit	,829	,589	1,167
For cohort tingkat konsumsi protein = tidak defisit	1,406	,719	2,750
N of Valid Cases	75		

3) Hubungan antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi kalsium

pola asuh gizi * tingkat konsumsi kalsium Crosstabulation

Count

		tingkat konsumsi kalsium		Total
		kurang	cukup	
pola asuh gizi	kurang	11	27	38
	baik	18	19	37
Total		29	46	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,068 ^a	1	,080		
Continuity Correction ^b	2,294	1	,130		
Likelihood Ratio	3,092	1	,079		
Fisher's Exact Test				,100	,065
Linear-by-Linear Association	3,027	1	,082		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,31.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pola asuh gizi (kurang / baik)	,430	,166	1,115
For cohort tingkat konsumsi kalsium = kurang	,595	,327	1,082
For cohort tingkat konsumsi kalsium = cukup	1,384	,952	2,010
N of Valid Cases	75		

4) Hubungan antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi zat besi

pola asuh gizi * tingkat konsumsi besi Crosstabulation

Count

		tingkat konsumsi besi		Total
		kurang	cukup	
pola asuh gizi	kurang	30	15	45
	baik	13	17	30
Total		43	32	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4,006 ^a	1	,045		
Continuity Correction ^b	3,109	1	,078		
Likelihood Ratio	4,013	1	,045		
Fisher's Exact Test				,058	,039
Linear-by-Linear Association	3,953	1	,047		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,80.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pola asuh gizi (kurang / baik)	2,615	1,010	6,774
For cohort tingkat konsumsi besi = kurang	1,538	,973	2,433
For cohort tingkat konsumsi besi = cukup	,588	,350	,988
N of Valid Cases	75		

5) Hubungan antara pola asuh gizi dengan tingkat konsumsi zink

pola asuh gizi * tingkat konsumsi zink Crosstabulation

Count		tingkat konsumsi zink		Total
		kurang	cukup	
pola asuh gizi	kurang	32	12	44
	baik	18	13	31
Total		50	25	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,760 ^a	1	,185		
Continuity Correction ^b	1,162	1	,281		
Likelihood Ratio	1,748	1	,186		
Fisher's Exact Test				,219	,141
Linear-by-Linear Association	1,736	1	,188		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pola asuh gizi (kurang / baik)	1,926	,727	5,102
For cohort tingkat konsumsi zink = kurang	1,253	,883	1,777
For cohort tingkat konsumsi zink = cukup	,650	,344	1,228
N of Valid Cases	75		

C. Hubungan antara pengetahuan gizi ibu dengan kejadian *stunting*

pengetahuan gizi ibu * kejadian *stunting* Crosstabulation

Count		kejadian <i>stunting</i>		Total
		stunting	tidak <i>stunting</i>	
pengetahuan gizi ibu	kurang	49	18	67
	baik	8	0	8
Total		57	18	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2,828 ^a	1	,093		
Continuity Correction ^b	1,547	1	,214		
Likelihood Ratio	4,685	1	,030		
Fisher's Exact Test				,186	,098
Linear-by-Linear Association	2,790	1	,095		
N of Valid Cases	75				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,92.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort kejadian <i>stunting</i> = <i>stunting</i>	,731	,633	,846
N of Valid Cases	75		

D. Hubungan antara pola asuh gizi dengan kejadian *stunting*

Pola asuh gizi * kejadian *stunting* Crosstabulation

		kejadian <i>stunting</i>		Total
		stunting	tidak <i>stunting</i>	
pola asuh gizi	kurang	32	12	44
	baik	12	19	31
Total		44	31	75

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	8,679 ^a	1	,003		
Continuity Correction ^b	7,333	1	,007		
Likelihood Ratio	8,763	1	,003		
Fisher's Exact Test				,004	,003
Linear-by-Linear Association	8,563	1	,003		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,81.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pola asuh gizi (kurang / baik)	4,222	1,583	11,262
For cohort kejadian stunting = stunting	1,879	1,164	3,032
For cohort kejadian stunting = normal	,445	,255	,777
N of Valid Cases	75		

Lampiran H. Dokumentasi



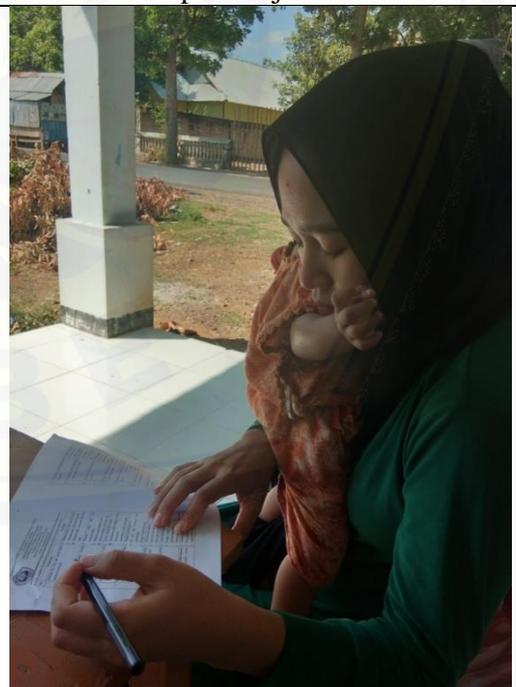
Wawancara dengan ibu balita



Tanda tangan surat pernyataan persetujuan



Pengisian angket ibu balita



Pengisian angket ibu balita



Pengukuran tinggi badan balita



Pengukuran panjang badan balita



Uji validitas angket pengetahuan ibu tentang gizi



Anak *stunting*

Lampiran I. Surat Ijin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN BIMA
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jln. Soekarno Hatta No. 167 Raba-Bima Tlp. (0374) 43043

Bima, 09 Desember 2019

Nomor : 070/378/003/XII/2019
Lampiran : --
Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian

K e p a d a
Yth. Kepala BAPPEDA
Kabupaten Bima
di-

Raba

Berdasarkan Surat dari Universitas Jember, Nomor : 6052/UN25.1.12/SP/2019, Tanggal 02 Desember 2019. Perihal : Ijin Penelitian
Dengan ini disampaikan kepada saudara bahwa yang tersebut di bawah ini :

Nama : DIANSA FITRI
NIM : 152110101251
Program Study/Jurusan : Kesehatan Masyarakat
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Desa Renda Kec Belo Kab Bima.

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul penelitian "POLA ASUHAN GIZI DAN KEJADIAN STUNTING PADA ANAK BALITA USIA 6-24 BULAN (STUDI DI WILAYAH WOHA KABUPATEN BIMA)." dari tanggal 09 Desember s/d 09 Februari 2020 yang berlokasi di Dinas Kesehatan Kab. Bima Dan Puskesmas Woha Kab. Bima.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas pada prinsipnya kami dapat memberikan Rekomendasi Kegiatan tersebut dengan Ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak dibenarkan melakukan Penelitian yang tidak sesuai / tidak ada kaitannya dengan Judul Penelitian yang dimaksud;
2. Harus Mentaati Ketentuan Perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan Adat Istiadat setempat;
3. Apabila masa berlakunya Surat Rekomendasi tersebut sudah berakhir sedangkan pelaksanaan Penelitian belum selesai, perpanjangan harus diajukan kepada Instansi Pemberi Rekomendasi / Ijin;
4. Rekomendasi ini dicabut bila tidak mengindahkan Ketentuan-Ketentuan diatas;
5. Setelah selesai agar menyampaikan Laporan hasil Penelitian Kepada Bupati Bima, Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bima.

Demikian untuk maklum dan mendapat perhatian

a.n. KEPALA BADAN KESBANGPOL KAB. BIMA
Kabid. Penelitian, Masalah Strategis dan
Penanganan Konflik,


MUHAMMAD FIRDAUS, S.Pd
 Pengantar TK.I (III/d)
 NIP. 19780526210202

TEMBUSAN : disampaikan kepada
Yang bersangkutan di tempat



PEMERINTAH KABUPATEN BIMA
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(B A P P E D A)

Jl. Gatot Soebroto No. 02 Telp. (0374) 43773 Fax. 43338 Raba - Bima

Raba-Bima, 09 Desember 2019

Nomor : 050.7/974/07.1/2019
 Lamp. : -
 Perihal : Ijin Penelitian dan Survei

Kepada
 Yth. Kepala Puskesmas Woha Kab. Bima
 di -
 Tempat

Berdasarkan surat rekomendasi dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik An. Kasubid Penanganan Konflik Nomor : 070/377/003/XII/2019 Tanggal 09 Desember 2019 perihal tersebut di atas dengan ini dapat kami berikan izin penelitian dan survey kepada:

Nama : Diansa Fitri
 Nim : 152110101251
 Universitas : Universitas Jember
 Fakultas/ Jurusan : Kesehatan Masyarakat
 Tujuan/Kepentingan : Penelitian Dan Survei
 Judul : Pola asuh Gizi Dan Kejadian Stunting Pada Anak Balita Usia 6-24 Bulan (Studi Di Wilayah Kerja Puskesmas Woha Kab. Bima)
 Lamanya Penelitian : 2 (dua) bulan Dari Tanggal 09 Desember 2019 s/d 02 Februari 2020

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kiranya Bapak/Ibu/Saudara dapat memberikan bantuan untuk memperoleh keterangan/data yang diperlukan bagi yang bersangkutan. Selanjutnya bagi yang bersangkutan, setelah selesai tugas pengambilan data dan observasi tersebut di atas diharuskan menyampaikan 1 (satu) eksemplar hasil penelitian kepada kami untuk menjadi bahan informasi dan menambah data/dokumen Bappeda Kabupaten Bima.

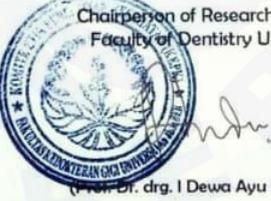
Demikian Surat Izin Penelitian ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

An. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Penelitian dan Pengembangan Daerah Kab. Bima
 Kabid Perencanaan, Pengendalian, dan Litbang



- Tembusan : disampaikan kepada Yth :
1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bima di Tempat
 2. Dekan Fakul. Kesehatan Masyarakat Univ. Jember di Tempat;
 3. Sdr. Diansa Fitri di Tempat.

Lampiran J. Kode Etik

	<p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER <i>(THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)</i></p>
<p>ETHIC COMMITTEE APPROVAL</p>	
<p><u>No.692/UN25.8/KEPK/DL/2019</u></p>	
Title of research protocol	: "Nutrition Parenting and Stunting Occurance in Toddlers Aged 6-24 Months (Study Area of Woha Health Center in Bima Regency)"
Document Approved	: Research Protocol
Principal investigator	: Diansa Fitri
Member of research	: -
Responsible Physician	: Diansa Fitri
Date of approval	: Desember 2019- Januari 2020
Place of research	: Kecamatan Woha Kabupaten Bima
<p>The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember States That the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.</p>	
<p>Jember, December 03rd 2019</p>	
 Dean of Faculty of Dentistry Universitas Jember (dr. R. Bahadryan P. M. Kes, Sp. Pros.)	 Chairperson of Research Ethics Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember (dr. drg. I Dewa Ayu Ratna Dewanti, M.Si.)

