

**TESIS**

**ANALISIS FAKTOR RISIKO IBU DAN KELUARGA TERHADAP  
KEJADIAN *STUNTING* PADA ANAK USIA 24–59 BULAN DI  
KECAMATAN BURAU KABUPATEN LUWU TIMUR**

***ANALYSIS OF MATERNAL AND FAMILY RISK FACTORS ON STUNTING  
INCIDENTS IN CHILDREN AGED 24–59 MONTHS IN BURAU DISTRICT,  
EAST LUWU REGENCY***



**WIDIA MAHARANI  
K012222018**

**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**



**Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)**

**ANALISIS FAKTOR RISIKO IBU DAN KELUARGA TERHADAP  
KEJADIAN *STUNTING* PADA ANAK USIA 24–59 BULAN DI  
KECAMATAN BURAU KABUPATEN LUWU TIMUR**

**WIDIA MAHARANI  
K012222018**



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

**SKRIPSI  
PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**

**ANALISIS FAKTOR RISIKO IBU DAN KELUARGA TERHADAP  
KEJADIAN *STUNTING* PADA ANAK USIA 24–59 BULAN DI  
KECAMATAN BURAU KABUPATEN LUWU TIMUR**

**Tesis**

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi S2  
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Disusun dan diajukan oleh:  
**WIDIA MAHARANI**

**Kepada**



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**

Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

TESIS

**ANALISIS FAKTOR RISIKO IBU DAN KELUARGA TERHADAP  
KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA 24-59 BULAN  
DI KECAMATAN BURAU KABUPATEN LUWU TIMUR**

**WIDIA MAHARANI**

**K012222018**

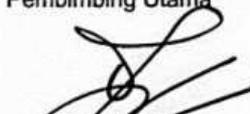
Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian Magister pada tanggal 13 Agustus  
2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

pada

Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin  
Makassar

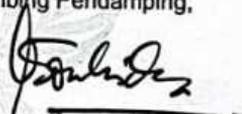
Mengesahkan:

Pembimbing Utama

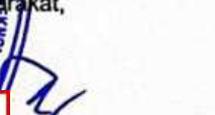
  
Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes.  
NIP. 19780407 200501 1 004

  
Ketua Program Studi S2  
Ilmu Kesehatan Masyarakat,

Pembimbing Pendamping,

  
Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes., CWM  
NIP 19621231 199103 1 178

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin,

  
M., M.Kes., M.Sc., PH  
1 001

  
Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D  
NIP 19720529 200112 1 001



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## PERNYATAAN KEASLIAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa, tesis berjudul "Analisis Faktor Risiko Ibu dan Keluarga terhadap Kejadian Stunting pada Anak Usia 24-59 Bulan di Kecamatan Burea Kabupaten Luwu Timur" adalah benar karya saya dengan arahan dari Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes. sebagai pembimbing utama dan Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes., CWM. sebagai pembimbing pendamping. Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal dan dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam daftar pustaka tesis ini. Sebagian dari isi tesis ini telah dipublikasikan di Jurnal African Journal of Biological Sciences, 6(13) 2024 halaman 1997-2007, <https://doi.org/10.48047/AFJBS.6.13.2024.1996-2007> sebagai artikel dengan judul "Can Family Mealtime Reduce Stunting? Investigating The Role of Frequency and Mealtime Environment". Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini adalah karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut berdasarkan aturan yang berlaku.

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta (hak ekonomis) dari karya tulis berupa tesis ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 19 Agustus 2024



Widia Maharani

K012222018



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan penuh rasa syukur, saya ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Allah swt. atas segala rahmat dan petunjuk-Nya dalam perjalanan penelitian ini. Tanpa limpahan kasih dan berkah-Nya, segala upaya ini tidak akan menjadi mungkin.

Rasa terima kasih yang tak terhingga saya sampaikan kepada kedua orang tua saya, yang selalu memberikan dukungan tanpa henti, cinta, dan doa restu dalam setiap langkah perjalanan hidup saya, termasuk dalam penulisan tesis ini. Keikhlasan mereka menjadi sumber kekuatan dan inspirasi bagi saya.

Saya ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada pembimbing saya, Bapak Wahiduddin, SKM., M.Kes. dan Prof. Dr. drg. A. Arsunan Arsin, M.Kes., CWM, atas bimbingan, arahan, dan kesabaran beliau selama proses penelitian ini. Saya sangat beruntung dapat belajar dari pengalaman dan kebijaksanaan beliau.

Saya juga ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dewan penguji Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes., Bapak Dr. Abdul Salam, SKM., M.Kes., dan Dr. dr. Masyitha Muis, S.Ked., MS. atas sumbangan waktu, tenaga, dan wawasan dalam menilai dan memberikan masukan konstruktif terhadap tesis ini.

Terima kasih kepada seluruh pihak kampus, terutama Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan dukungan dalam berbagai bentuk, baik itu dalam penyediaan fasilitas maupun lingkungan akademik yang kondusif. Kontribusi ini sangat berarti dalam kelancaran penelitian ini.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga juga saya tujukan kepada pihak Beasiswa Unggulan Kementerian Pendidikan RI, yang telah memberikan kesempatan bagi saya untuk mengejar cita-cita pendidikan ini. Dukungan finansial tersebut sangat membantu dalam memudahkan langkah saya mewujudkan impian saya.

Saya juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak Puskesmas dan bidan-bidan desa di Kecamatan Bauru atas kerja sama dan dukungan yang luar biasa selama proses penelitian ini. Bantuan mereka dalam mengidentifikasi responden, memberikan informasi, serta mendukung kelancaran proses penelitian sangat berarti bagi saya.

Ucapan terima kasih yang tulus saya kepada kakak-kakak saya atas solidaritas dan kerja samanya, terutama dalam merawat orang tua kita. Dengan dukungan dan bantuan kakak, saya bisa fokus sepenuhnya dalam melaksanakan studi ini. Tanpa bantuan dan perhatian kakak, saya tidak akan bisa melakukan ini dengan baik. Terima kasih banyak atas segala upaya dan pengorbanan kakak.

Saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada sahabat saya, Nurul Pratiwi yang selalu ada di sisi saya dalam menghadapi suka dan duka, memberikan dukungan fisik dan mental selama proses penulisan tesis ini. Terima kasih atas kesetiaan, motivasi, dan semangat yang selalu menyemangati saya.

Saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada teman sejawat di kampus, yang telah memberikan pengetahuan, pengalaman, dan dukungan selama proses penelitian ini.



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

perkuliahan ini. Kolaborasi dan diskusi bersama telah memperkaya pemahaman saya dalam bidang ini.

Semua ucapan terima kasih ini saya sampaikan dengan penuh rasa syukur dan penghargaan. Semoga hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan kesejahteraan masyarakat, khususnya dalam upaya pencegahan dan penanggulangan *stunting* pada anak-anak.

Penulis,



Widia Maharani



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## ABSTRAK

Widia Maharani. **ANALISIS FAKTOR RISIKO IBU DAN KELUARGA TERHADAP KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA 24-59 BULAN DI KECAMATAN BURAU KABUPATEN LUWU TIMUR.** (dibimbing oleh Wahiduddin dan A. Arsunan Arsin).

**Latar Belakang.** Berdasarkan Survei Status Gizi Indonesia tahun 2022, prevalensi stunting secara nasional sebesar 21,6% dan kejadian stunting di Kabupaten Luwu Timur mengalami peningkatan pada tahun 2022 mencapai 22,6%, meningkat 2,7% dari tahun 2021 sebesar 19,9%. **Tujuan.** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor risiko ibu dan keluarga terhadap kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur. **Metode.** Penelitian kasus-kontrol ini dilakukan di Kecamatan Burau, Kabupaten Luwu Timur, Indonesia dari bulan Februari hingga Maret 2024 dengan menggunakan sampel sebanyak 136 sampel, terdiri dari 68 kasus dan 68 kontrol yang dipilih dengan metode *systematic random sampling* dan *purposive sampling*. Kontrol dipilih dan dicocokkan dengan kasus berdasarkan variabel berat badan lahir anak. Analisis regresi logistik dilakukan untuk mengidentifikasi model terbaik dari faktor-faktor penyebab stunting. Rasio odds dan interval kepercayaan 95% digunakan sebagai ukuran hubungan. Analisis data dilakukan dengan menggunakan program Stata versi 17. **Hasil.** Analisis bivariat menunjukkan bahwa faktor risiko terjadinya stunting adalah status pendidikan ibu (OR= 2.172 dengan 95% CI= 1.036–4.571), paritas ibu (OR= 2.066 dengan 95% CI = 1.003–4.252), keterlibatan ayah (OR= 3.644 dengan 95% CI= 1.687–7.229), dan kebiasaan makan bersama keluarga (OR= 4.4 dengan 95% CI=2.019–9.663). Sedangkan hasil analisis multivariat menunjukkan kebiasaan makan bersama keluarga merupakan faktor risiko yang paling dominan terhadap kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur. **Kesimpulan.** Pencegahan stunting dapat dilakukan dengan cara promosi kesehatan yaitu kebiasaan makan secara aktif dan masif dalam keluarga.

**Kata Kunci:** keterlibatan ayah; makan bersama; paritas; pendidikan ibu



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## ABSTRACT

Widia Maharani. **ANALYSIS OF MATERNAL AND FAMILY RISK FACTORS ON STUNTING INCIDENTS IN CHILDREN AGED 24–59 MONTHS IN BURAU DISTRICT, EAST LUWU REGENCY.** (supervised by Wahiduddin and A. Arsunan Arsin).

**Background.** According to the Indonesian Nutrition Survey in 2022, the national prevalence of stunting is 21.6% and the occurrence of stunting in East Luwu Regency has risen in 2022, reaching 22.6%, which is a 2.7% increase from 19.9% in 2021. **Aim.** This study aim to analyze maternal and family risk factors for the incidence of stunting in children aged 24-59 months in Burau District, East Luwu Regency. **Methods.** This case-control research was conducted in Burau District, East Luwu Regency, Indonesia from February to March 2024. A total of 136 samples were used in this investigation, comprising 68 cases and 68 controls that were chosen by purposeful and systematic random sampling. Controls were selected and matched with cases using the matching variable of child's birth weight. Logistic regression analysis was performed to identify the best model of factors leading to stunting. Odds ratio and 95% confidence interval were used as a measure of association. Data analysis was carried out using the Stata version 17 program. **Results.** The results of bivariate analysis show that the risk factors for stunting are maternal educational status (OR= 2.172 with 95% CI= 1.036–4.571), maternal parity (OR= 2.066 with 95% CI = 1.003–4.252), fathers' involvement (OR= 3.644 with 95% CI= 1.687–7.229), and family mealtime routine (OR= 4.4 with 95% CI=2.019–9.663). Meanwhile, the results of multivariate analysis show that family mealtime routine is the most dominant risk factor for the incidence of stunting in children aged 24-59 months in Burau District, East Luwu Regency. **Conclusion.** Stunting can be avoided by implementing a vigorous and widespread health promotion campaign that highlights the advantages of a family mealtime routine.

**Keywords:** family mealtime; fathers' involvement; maternal education; parity



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

# DAFTAR ISI

|  | Halaman |
|--|---------|
| SAMPUL.....  | i       |
| HALAMAN JUDUL.....   | ii      |
| HALAMAN PENGAJUAN.....   | iii     |
| HALAMAN PENGESAHAN.....  | iv      |
| PERNYATAAN KEASLIAN.....   | v       |
| UCAPAN TERIMA KASIH.....   | vi      |
| ABSTRAK.....   | viii    |
| ABSTRACT.....  | ix      |
| DAFTAR ISI.....  | x       |
| DAFTAR TABEL.....  | xii     |
| DAFTAR GAMBAR.....   | xiii    |
| DAFTAR LAMPIRAN.....   | xiv     |
| DAFTAR SINGKATAN.....  | xv      |
| BAB I PENDAHULUAN.....   | 1       |
| 1.1 Latar Belakang.....  | 1       |
| 1.2 Rumusan Masalah.....   | 6       |
| 1.3 Hipotesis Penelitian.....  | 7       |
| 1.4 Tujuan Penelitian.....   | 7       |
| 1.5 Manfaat Penelitian.....  | 8       |
| 1.6 Tinjauan Umum tentang <i>Stunting</i> .....                          | 9       |
| 1.7 Tinjauan Umum tentang Determinan <i>Stunting</i> .....               | 13      |
| 1.8 Tinjauan Umum tentang Faktor Ibu terhadap <i>Stunting</i> .....      | 13      |
| 1.9 Tinjauan Umum tentang Faktor Keluarga terhadap <i>Stunting</i> ..... | 17      |
| 1.10 Kerangka Teori.....   | 19      |
| 1.11 Kerangka Konsep.....  | 20      |
| 1.12 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....                     | 21      |
| BAB II METODE PENELITIAN.....  | 25      |
| 2.1 Jenis dan Desain Penelitian.....                                     | 25      |
| 2.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....                                     | 25      |
| 2.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....                                  | 25      |
| 2.4 Cara Pengumpulan Data.....   | 28      |
| 2.5 Pengolahan Data.....   | 29      |
| 2.6 Analisis Data.....   | 30      |
| 2.7 Penyajian Data.....  | 32      |
| BAB III HASIL PENELITIAN.....  | 33      |
| Umum Lokasi Penelitian.....  | 33      |
| Metode Penelitian.....   | 34      |
| HASIL PENELITIAN.....  | 45      |
| Faktor Ibu terhadap Kejadian <i>Stunting</i> .....                       | 45      |
| Faktor Keluarga terhadap Kejadian <i>Stunting</i> .....                  | 59      |
| Kesimpulan Penelitian.....   | 63      |
| SARAN.....   | 65      |



|                     |                 |    |
|---------------------|-----------------|----|
| 5.1                 | Kesimpulan..... | 65 |
| 5.2                 | Saran .....     | 66 |
| DAFTAR PUSTAKA..... |                 | 67 |
| LAMPIRAN            |                 |    |



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## DAFTAR TABEL

| Nomor    | Halaman  |
|----------|--|
| Tabel 1  | Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak..... 10   |
| Tabel 2  | Intervensi Gizi Spesifik Pencegahan <i>Stunting</i> ..... 11   |
| Tabel 3  | Intervensi Gizi Sensitif Pencegahan <i>Stunting</i> ..... 12   |
| Tabel 4  | Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Variabel Penelitian ..... 21  |
| Tabel 5  | Perhitungan Nilai OR untuk Desain Case Control ..... 31  |
| Tabel 6  | Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Ibu dan Anak di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur Tahun 2024..... 35   |
| Tabel 7  | Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Risiko Ibu di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur Tahun 2024..... 36  |
| Tabel 8  | Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Risiko Keluarga di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur Tahun 2024..... 37   |
| Tabel 9  | Hasil Analisis Bivariat Faktor Ibu terhadap Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 24-59 Bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur Tahun 2024 ..... 39                        |
| Tabel 10 | Hasil Analisis Bivariat Faktor Keluarga terhadap Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 24-59 Bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur Tahun 2024 ..... 40                   |
| Tabel 11 | Variabel Kandidat Model Regresi Logistik Faktor Risiko Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 24-59 Bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur Tahun 2024 ..... 41             |
| Tabel 12 | Hasil Seleksi Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Faktor Risiko Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 24-59 Bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur Tahun 2024 ..... 42 |
| Tabel 13 | Hasil Akhir Pemodelan Multivariat Regresi Logistik Faktor Risiko Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 24-59 Bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur Tahun 2024 ..... 42   |



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## DAFTAR GAMBAR

| Nomor  | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 1 Kerangka Teori Faktor-Faktor yang Mempengaruhi <i>Stunting</i> .....  | 19      |
| Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian Analisis Pengaruh Faktor Ibu dan Budaya Keluarga terhadap <i>Stunting</i> .....              | 20      |
| Gambar 3 Rancangan Penelitian Pengaruh Faktor Ibu dan Keluarga terhadap Kejadian <i>Stunting</i> pada Anak Usia 24-59 Bulan..... | 25      |



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## DAFTAR LAMPIRAN

| Nomor   | Halaman |
|---|---------|
| Lampiran 1. Rekomendasi persetujuan Etik.....   | 76      |
| Lampiran 2. Surat Permohonan Izin Penelitian dari Fakultas .....                            | 77      |
| Lampiran 3. Izin Penelitian dari PTSP Provinsi Sulawesi Selatan .....                       | 78      |
| Lampiran 4. Izin Penelitian dari PTSP Kabupaten Luwu Timur.....                             | 79      |
| Lampiran 5. Kuesioner Penelitian .....  | 80      |
| Lampiran 6. Output Analisis Univariat .....   | 85      |
| Lampiran 7. Output Analisis Bivariat.....   | 88      |
| Lampiran 8. Output Analisis Multivariat .....   | 91      |
| Lampiran 9. Output Crosstabs Umur ibu saat hamil x Status Pendidikan Ibu.....               | 92      |
| Lampiran 10. Output Crosstabs Umur ibu saat hamil &Status Pendidikan Ibu x Otonomi Ibu..... | 92      |
| Lampiran 11. Distribusi Domain Variabel Keterlibatan Ayah .....                             | 93      |
| Lampiran 12. Dokumentasi Penelitian.....  | 94      |
| Lampiran 13. Riwayat Hidup .....  | 96      |



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## DAFTAR SINGKATAN

|            |  |
|------------|--|
| APA        | : <i>American Psychological Association</i>                    |
| ASI        | : Air Susu Ibu   |
| ASN        | : Aparat Sipil Negara  |
| Bappenas   | : Badan Perencanaan Pembangunan Nasional                       |
| BBLR       | : Berat Badan Lahir Rendah                                     |
| BPNT       | : Bantuan Pangan Non Tunai                                     |
| BPS        | : Badan Pusat Statistik  |
| CI         | : <i>Confidence Interval</i>                                   |
| D3         | : Diploma tiga   |
| DP2KB      | : Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana           |
| e-PPGBM    | : Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi berbasis Masyarakat |
| HIV        | : <i>Human Immunodeficiency Virus</i>                          |
| HPK        | : Hari Pertama Kehidupan                                       |
| IQ         | : <i>Intelligence Quotient</i>                                 |
| JKN        | : Jaminan Kesehatan Nasional                                   |
| KB         | : Keluarga Berencana   |
| KDRT       | : Kekerasan Dalam Rumah Tangga                                 |
| KEK        | : Kekurangan Energi Kronik                                     |
| Kemenkes   | : Kementerian Kesehatan  |
| KRPL       | : Kawasan Rumah Pangan Lestari                                 |
| KTP        | : Kartu Tanda Penduduk   |
| MI         | : Madrasah Ibtidaiyah  |
| MPASI      | : Makanan Pendamping Air Susu Ibu                              |
| MTBS       | : Manajemen Terpadu Balita Sakit                               |
| OR         | : <i>Odds Ratio</i>  |
| P4K        | : Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi     |
| PB/U       | : Panjang Badan/ Umur  |
| PDB        | : Produk Domestik Bruto  |
| PKH        | : Program Keluarga Harapan                                     |
| PMBA       | : Pemberian Makanan Bayi dan Anak                              |
| PMT        | : Pemberian Makanan Tambahan                                   |
| Polri      | : Kepolisian Negara Republik Indonesia                         |
| Pospenting | : Posyandu Pencegahan <i>Stunting</i>                          |
| RSUD       | : Rumah Sakit Umum Daerah                                      |
| S1         | : Strata Satu  |
| SAFT       | : <i>Subcutaneous Abdominal Fat Thickness</i>                  |
| SD         | : Standar Deviasi  |
| SD         | : Sekolah Dasar  |
| SDGs       | : <i>Sustainable Development Goals</i>                         |



Optimization Software:

[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

Sekolah Lanjutan Tingkat Atas  
 Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama  
 Sekolah Menengah Atas  
 Sekolah Menengah Pertama  
*Self-Reporting Questionnaire*  
 Survei Status Gizi Indonesia  
 Tinggi Badan/Umur  
 Antara Nasional Indonesia

TPN2K : Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan  
TTD : Tablet Tambah Darah  
UN : *United Nation*  
UNICEF : *United Nations Children's Fund*  
UTPD : Unit Pelaksana Teknis Daerah  
VFT : *Visceral Fat Thickness*  
WEI : *Women Empowerment Index*  
WHO : *World Health Organization*



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Salah satu target yang tertuang dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang dirumuskan oleh PBB pada tahun 2015 adalah mengakhiri segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 (UN, 2016). Namun, faktanya sejumlah anak di bawah usia 5 tahun masih mengalami kekurangan gizi, khususnya di negara-negara berkembang. Salah satu contoh malnutrisi yang sampai saat ini masih mengintai sebagian besar anak-anak adalah *stunting*.

*World Health Organization* (WHO) mendefinisikan *stunting* sebagai kondisi pendek atau sangat pendek berdasarkan panjang/ tinggi badan menurut usia yang kurang dari -2 standar deviasi (SD) pada kurva pertumbuhan WHO. Hal tersebut merupakan hasil dari kekurangan gizi kronis, biasanya terkait dengan kemiskinan, kesehatan dan gizi ibu yang buruk, sering sakit atau pemberian makan dan perawatan yang tidak tepat di awal kehidupan anak (WHO, 2014).

Data global tahun 2022 menunjukkan bahwa prevalensi *stunting* pada anak di bawah usia lima tahun mencapai 22.3%, di mana lebih dari separuhnya (52%) tinggal di Asia dan dua dari lima anak (43%) tinggal di Afrika (UNICEF-WHO-World Bank, 2023). Asia Tenggara menempati urutan kedua dengan prevalensi *stunting* tertinggi di Kawasan Asia, yaitu mencapai 26,4%, sedangkan di urutan pertama diduduki oleh Asia Selatan dengan prevalensi mencapai 30,5% (UNICEF-WHO-World Bank, 2023).

Indonesia sebagai negara berkembang tidak luput dari masalah *stunting*. Berdasarkan Laporan Regional Asia Tenggara tahun 2021, Indonesia berada di urutan pertama dengan prevalensi *stunting* tertinggi di antara negara-negara Kawasan Asia Tenggara, yaitu mencapai 31,8% dan disusul oleh Laos di urutan kedua dengan prevalensi sebesar 30,2% (UNICEF, 2021). Berdasarkan data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI), prevalensi *stunting* sudah mengalami penurunan dari 24,4% di tahun 2021 menjadi 21,6% di 2022 (Kemenkes RI, 2023). Angka tersebut menunjukkan penurunan namun belum mencapai target global angka *stunting* untuk tahun 2025 sebesar 14,7% (WHO & UNICEF, 2017).

Secara khusus, Sulawesi Selatan menunjukkan tingkat prevalensi *stunting* yang cukup mengkhawatirkan di Indonesia. Provinsi ini menempati peringkat kesepuluh secara nasional dan menduduki peringkat keempat di antara provinsi-provinsi di Pulau Sulawesi, di mana berdasarkan data SSGI 2022, prevalensi *stunting* di Sulawesi Selatan mencapai 27.2%, hanya turun sebesar 0,2% dari tahun 2021 (Kemenkes RI, 2023).

Salah satu wilayah di Sulawesi Selatan, perlu perhatian karena adanya tren kenaikan prevalensi *stunting* yang signifikan secara peringkat berada di posisi lima terbawah di antara provinsi-provinsi Sulawesi Selatan. Selain itu, diantara tujuh kabupaten/kota



dengan prevalensi *stunting* terendah di Sulawesi Selatan, Kabupaten Luwu Timur menonjol sebagai satu-satunya wilayah yang tidak hanya gagal mencapai target, tetapi juga mengalami kenaikan kasus *stunting*. Berdasarkan data SSGI 2022, prevalensi *stunting* Kabupaten Luwu Timur mengalami kenaikan pada tahun 2022 yaitu mencapai 22,6% atau naik sebesar 2,7% dari angka 19,9% pada tahun 2021 (Kemenkes RI, 2023).

Berdasarkan data yang disajikan pada Elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM) per Oktober 2023, persentase *stunting* menurut kecamatan dari yang tertinggi ke yang terendah yakni Kecamatan Wotu 6,5%, Burau 6,15%, Kalaena 5,9%, Malili 4,0%, Nuha 3,7%, Towuti 3,6%, Mangkutana 2,9%, Wasuponda 2,6%, Tomoni Timur 2,6%, Tomoni 2,2% dan Angkona 1,7%. Sedangkan untuk keluarga berisiko *Stunting* tercatat 8 kecamatan tertinggi yang merupakan lokus *Stunting* tahun 2023 yaitu Kecamatan Towuti berkisar 49,26%, Burau 40,7%, Nuha 25,45%, Malili 20,94%, Angkona 18,76%, Wotu 18,09%, Tomoni Timur 15,86%, Mangkutana 11,2%, Wasuponda 11,11%, Tomoni 10,62%, dan Kalaena 9,95%.

Dari data tersebut, dapat diidentifikasi bahwa Kecamatan Burau menjadi fokus utama penelitian karena menonjol sebagai wilayah dengan kejadian *stunting* yang signifikan, baik secara umum maupun dalam kategori keluarga berisiko *stunting*. Persentase *stunting* di Kecamatan Burau mencapai 6,15%, menduduki peringkat kedua tertinggi dalam daftar kecamatan yang disajikan. Lebih lanjut, ketika melihat keluarga berisiko *stunting*, Kecamatan Burau kembali muncul sebagai salah satu lokus *stunting* utama dengan persentase mencapai 40,7%. Data ini memberikan indikasi bahwa di Kecamatan Burau, terdapat tantangan kesehatan yang signifikan terkait dengan *stunting*.

Isu mengenai *stunting* menjadi isu yang sangat menarik sekaligus menantang. *Stunting* dapat memiliki dampak seumur hidup pada perkembangan fisik dan kognitif anak. Kegagalan pertumbuhan dalam 2 tahun pertama kehidupan dikaitkan dengan berkurangnya tinggi badan di masa dewasa (Chidumwa et al., 2021; Coly et al., 2006). Chidumwa et al. (2021) menemukan bahwa defisit tinggi badan berdasarkan usia antara anak *stunting* dan non-stunted adalah 4,5 cm untuk perempuan dan 6,1 cm untuk laki-laki. Hasil penelitian lain juga membuktikan bahwa anak dengan *stunting* memiliki rata-rata *intelligence quotient* (IQ) 5,2 kali lebih rendah dibandingkan anak yang tidak *stunting*. Hal tersebut dapat terjadi karena *stunting* berdampak pada pertumbuhan otak yang terhambat sehingga memengaruhi kemampuan mereka dalam mengolah informasi dengan cepat dan efisien (Aurora et al., 2021).



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

masa kanak-kanak juga memberikan dampak kesehatan pada penelitian menemukan bahwa individu yang mengalami *stunting* memiliki BMI, massa lemak, dan massa bebas lemak yang lebih rendah, serta lemak viseral yang lebih tinggi, yang bisa membuat mereka rentan terhadap diabetes (Rolfe et al., 2018). Asupan protein yang rendah pada awal kehidupan mempunyai efek jangka panjang pada homeostasis glukosa dan penelitian telah menunjukkan bahwa kekurangan gizi pada masa

bayi dikaitkan dengan hiperinsulinemia dan penurunan sensitivitas terhadap insulin, yang dapat memburuk seiring dengan peningkatan indeks massa tubuh (IMT) di masa dewasa (Martins & Sawaya 2006; González-Barranco et al., 2003).

Selain itu, individu dengan riwayat kekurangan gizi selama masa kanak-kanak ditemukan memiliki hubungan yang signifikan dengan diabetes, sehingga menekankan dampak nutrisi dini terhadap kesehatan jangka panjang (Fekadu et al., 2010). Berat badan lahir rendah dan kekurangan gizi pada masa kanak-kanak telah diidentifikasi sebagai faktor risiko tingginya konsentrasi glukosa dan profil lipid yang berbahaya di masa dewasa, bahkan setelah disesuaikan dengan tinggi badan dan IMT orang dewasa. Temuan ini menunjukkan bahwa asupan protein yang rendah di awal kehidupan dapat menyebabkan gangguan homeostasis glukosa dan peningkatan resistensi insulin, yang berpotensi berkontribusi terhadap perkembangan gangguan metabolisme di kemudian hari (Soliman et al., 2021).

Di Asia dan Afrika, dampak *stunting* sangat besar, mempengaruhi sekitar 11% dari PDB (Produk Domestik Bruto) (Horton & Steckel, 2013). Bagi individu, hal ini berarti pendapatan mereka bisa berkurang hingga 20%, yang pada gilirannya membuat mereka lebih rentan terhadap kemiskinan hingga 33% (Hoddinott et al., 2013). Sedangkan secara nasional, Indonesia mempunyai potensi kerugian ekonomi akibat *stunting* pada balita yang berkisar antara Rp15.062 hingga Rp67.780 miliar. Jumlah tersebut setara dengan kisaran 0,89-3,99% dari total PDB tahun 2021 (Rp16.970,8 triliun) (Suryana & Azis, 2023).

*Stunting* merupakan bentuk kegagalan pertumbuhan (*growth faltering*) yang timbul akibat kumulasi kekurangan nutrisi yang terjadi dari fase kehamilan hingga mencapai usia 24 bulan (Hoffman et al, 2000). Keadaan ini semakin memburuk dengan kurangnya kejar tumbuh (*catch up growth*) yang memadai (Kusharisupeni, 2002; Hoffman et al, 2000). Masa 0-24 bulan dianggap sebagai periode kritis yang menentukan kualitas kehidupan, sering disebut sebagai periode emas. Periode ini adalah waktu yang rentan karena dampak yang terjadi pada bayi selama periode ini bersifat permanen dan tidak dapat diperbaiki. Oleh karena itu, diperlukan penyediaan nutrisi yang memadai selama usia ini (Mucha, 2013).

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018, prevalensi balita *stunting* lebih tinggi pada kelompok usia 24-59 bulan, yaitu sebesar 31.9% (sangat pendek) dan 62.2% (pendek) bila dibandingkan dengan anak usia dibawah 24 bulan, yaitu 36.2% (sangat pendek) dan 46.1% (pendek). Demikian pula hasil SSGI 2022 di Sulawesi Selatan menunjukkan bahwa prevalensi *stunting* cenderung lebih tinggi pada anak usia 24-59 bulan dibandingkan dengan anak usia 0-23 bulan. Hasil tersebut juga sejalan dengan penelitian di Nepal, Nigeri Utara, dan Asia Selatan, di mana balita usia 24-59 bulan menunjukkan prevalensi *stunting* yang lebih tinggi dibandingkan anak usia 0-23 bulan (Kari et al., 2019; Ezeh et al., 2021; Wali et al., 2020). Tingginya prevalensi *stunting* pada anak usia 24-59 bulan menunjukkan bahwa kondisi *stunting* bersifat ireversibel (Ramli et al., 2009). Selain itu, pada usia 3-5 tahun, yang disebut sebagai usia prasekolah, kecepatan pertumbuhan sudah mulai melambat (Brown J.E, 2008).



Ada beberapa faktor yang diduga menjadi faktor risiko terjadinya *stunting*, seperti faktor ibu, faktor anak, faktor rumah tangga, dan faktor lingkungan (Beal et al., 2019; Mistry et al., 2019; Miranti et al., 2020; Santosa et al., 2022). Faktor ibu berpengaruh langsung terhadap terjadinya *stunting* dengan pengaruh sebesar 30,3% (Santosa et al., 2022). Usia ibu, pekerjaan ibu, dan status pernikahan ibu juga dikaitkan dengan *stunting* pada anak (Laksono et al., 2022). Anak-anak dari ibu remaja, dibandingkan dengan ibu dewasa, memiliki kemungkinan 8 kali lebih besar untuk mengalami *stunting* (Wemakor et al., 2018). Hal tersebut dapat terjadi karena ibu remaja belum siap secara psikologis untuk menyusui bayinya setelah melahirkan. Ibu remaja berpotensi mengalami stres pribadi karena kehamilan prematur dan putus sekolah (Nguyen et al., 2017). Namun, penelitian lainnya mempunyai hasil yang bertentangan. Studi terdahulu juga melaporkan bahwa usia ibu yang lebih tua memiliki risiko lebih tinggi mengalami *stunting* di Indonesia (Laksono et al., 2022). Kehamilan diusia tua juga dikaitkan dengan risiko tinggi terjadinya komplikasi obstetrik. Penelitian sebelumnya mengungkap adanya hubungan antara usia ibu lanjut dengan kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian perinatal. Hal tersebut terjadi karena ibu usia lanjut memiliki kerentanan biologis, staminanya sudah menurun dan semangat dalam merawat kehamilannya sudah berkurang. Hal tersebut dapat berimplikasi terhadap terjadinya *stunting* pada anak (Londero et al., 2019).

Sementara itu, ibu yang bekerja memiliki risiko lebih tinggi untuk terjadinya anak *stunting* (Laksono et al., 2022). Ibu yang tidak bekerja mempunyai kemungkinan 23% lebih kecil untuk mempunyai anak dengan *stunting* dibandingkan dengan ibu yang bekerja (Amaha & Woldeamanuel, 2021). Penelitian terbaru juga menemukan hasil serupa untuk status pekerjaan ibu di Iran dan Ethiopia karena ibu rumah tangga memiliki lebih banyak waktu untuk dihabiskan bersama keluarga dan mengurus anak-anak mereka (Amaha & Woldeamanuel, 2021; Fatemi et al., 2019). Sebaliknya, dua penelitian tidak menemukan hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu dan *stunting* di Indonesia dan Ethiopia (Eshete et al., 2017; Titaley et al., 2019).

Kemudian Status pernikahan ibu juga dikaitkan dengan *stunting*. Anak yang orangtuanya lengkap atau masih dalam ikatan pernikahan mempunyai risiko lebih rendah mengalami *stunting*, sedangkan anak yang orang tuanya telah bercerai mempunyai peluang lebih tinggi mengalami *stunting* (Laksono et al., 2022). Survei terbaru di Afrika Sub-Sahara juga menunjukkan bahwa status pernikahan ibu dikombinasikan dengan bahan bakar memasak rumah tangga berpengaruh terhadap status gizi anak (Amadu et al., 2021). Namun, penelitian lain memberikan hasil yang berlawanan, status pernikahan ibu tidak dikaitkan dengan hasil pertumbuhan bayi di

gandu et al., 2020).

yang turut berkontribusi terhadap kejadian *stunting* pada anak  
u. Penelitian sebelumnya melaporkan bahwa pendidikan ibu  
rediktor terkuat terhadap kejadian *stunting* pada masa kanak-  
antara faktor-faktor ibu yang diteliti (Amaha & Woldeamanuel,  
pendidikan tinggi lebih besar kemungkinannya untuk memiliki  
berilaku mencari kesehatan yang lebih baik, mempraktikkan



pemberian makan anak yang benar, dan melakukan aktivitas sehat selama masa kehamilan dan menyusui (Amaha & Woldeamanuel, 2021). Kemudian, penelitian oleh Muslimin et al. (2020) menemukan bahwa ibu yang memiliki pengetahuan yang baik tentang penyakit menular dapat melakukan tindakan pengendalian terhadap *stunting*. Ditemukan juga bahwa ibu yang tidak berpendidikan ataupun berpendidikan rendah memiliki kemungkinan 3,3 kali lebih besar untuk memiliki anak yang mengalami *stunting* dibandingkan dengan ibu yang memiliki pendidikan sekolah menengah atas (Amaha & Woldeamanuel, 2021). Penelitian lain melaporkan peningkatan risiko anak *stunting* sebesar 2,07 pada wanita tidak berpendidikan di Vietnam (Beal et al., 2019), 2,26 di Tanzania (Chirande et al., 2015), dan 2,53 di Indonesia (Torlesse et al., 2016). Namun, penelitian lain yang dilakukan oleh Rizki Saputra et al., (2023) menunjukkan hasil yang berbeda yakni tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu tentang *stunting* dengan kejadian *stunting* pada anak di Puskesmas Gunung Kota Padang Panjang.

Jumlah kelahiran atau paritas juga turut berkontribusi terhadap kejadian *stunting* pada anak. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa ibu dengan jumlah kelahiran >3 kelahiran <3 tahun mempunyai peluang 53,1% untuk mempunyai anak *stunting* ( $P < 0,01$ ) (Rana et al., 2019). Disisi lain, penelitian yang dilakukan oleh Nuraeni & Diana (2019) menemukan hasil yang berbeda bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jarak kehamilan dengan kejadian *stunting* pada balita di Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya.

Salah satu faktor risiko kejadian *stunting* yang cukup terabaikan adalah gangguan mental ibu. Gangguan mental umum pada Ibu yang terdiri dari gejala depresi, kecemasan, dan somatik sangat umum terjadi dan merupakan salah satu kontributor utama beban penyakit global di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Bukti studi epidemiologi telah mengungkapkan bahwa tekanan mental antenatal merupakan masalah kesehatan masyarakat di Afrika sub-Sahara dan merupakan salah satu faktor risiko yang menghalangi anak-anak mencapai potensi pertumbuhan mereka. Hal ini telah dikaitkan dengan berat badan lahir bayi yang rendah, gangguan pertumbuhan pasca kelahiran, dan peningkatan frekuensi diare pada bayi, kekurangan gizi, *stunting*, dan perkembangan kognitif yang lebih buruk (Girma et al., 2019).

Lebih lanjut, faktor keterlibatan ayah juga dikaitkan dengan kejadian *stunting*. Keterlibatan ayah memberikan pengaruh positif terhadap praktik pemberian makan anak. Ayah berperan penting dalam dukungan keuangan dan sumber daya, dukungan sosial dan dukungan fisik seperti tanggung jawab bersama atas kesejahteraan gizi dan kesehatan anak. Untuk mendorong praktik pemberian makan



anak, diperlukan peningkatan keterlibatan langsung ayah (Dinga et al., 2017). Sebuah penelitian di Vietnam, Peru, Afrika Sub-Sahara, menunjukkan bahwa anak-anak yang ayahnya tidak terlibat dalam pemberian makan mempunyai risiko lebih tinggi mengalami malnutrisi, yang dapat dikaitkan dengan kurangnya keterlibatan ayah dalam pemberian makan anak dan sumber daya (Dinga et al., 2018). Namun, penelitian yang dilakukan di Indonesia menunjukkan hasil yang bertentangan, yaitu tidak ada hubungan yang

signifikan antara keterlibatan ayah dalam pemberian makanan pendamping ASI dengan kejadian *stunting* di Kota Bandung (Lolan, Somantri, & Sinaga, 2023).

Kemudian, faktor lain yang diduga turut berkontribusi terhadap *stunting* adalah kebiasaan makan bersama dalam keluarga. Selama 20 tahun terakhir, sejumlah penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa lebih sering makan bersama keluarga dikaitkan dengan beberapa hasil positif mengenai kesehatan gizi anak, termasuk asupan buah dan sayur yang lebih tinggi dan pola makan sehat secara keseluruhan, konsumsi minuman ringan yang lebih rendah, indeks massa tubuh (IMT) yang lebih rendah, dan lebih sedikit gangguan makan (Dallacker et al., 2019; Glanz et al., 2021; Robson et al., 2020).

Waktu makan bersama anak memberikan kesempatan penting untuk pengembangan keterampilan mandiri, interaksi sosial dan pembelajaran bahasa bagi anak-anak. Ini juga merupakan waktu di mana anak-anak dapat belajar mengembangkan keterampilan motorik mulut mereka dengan diperkenalkan pada tekstur dan rasa baru dalam lingkungan yang akrab dan aman di mana pengasuh dapat memberikan dorongan melalui penggunaan pemodelan visual dan dorongan verbal. Komunikasi selama makan berfokus pada pengembangan keterampilan makan dan minum secara mandiri, mempertahankan kemampuan makan yang sesuai, atau diskusi tentang peristiwa penting yang berarti bagi pengasuh dan anak (Harding et al., 2013). Namun, belum ada penelitian yang secara spesifik meneliti hubungan antara budaya makan bersama dalam keluarga dengan kejadian *stunting* pada anak.

Studi tentang faktor risiko kejadian *stunting* memang telah banyak diidentifikasi, tetapi berdasarkan uraian di atas terlihat adanya perbedaan pendapat dari hasil penelitian para peneliti, sehingga hal tersebut masih bisa dipertanyakan ulang. Selanjutnya, peneliti masih merasa perlu mengkaji ulang berbagai faktor yang memengaruhi kejadian *stunting* terutama yang terkait dengan faktor ibu dan keluarga yang jarang diteliti seperti otonomi ibu, gangguan mental pada ibu, keterlibatan ayah dan kebiasaan makan bersama dalam keluarga sehingga dapat memberikan pencegahan yang lebih cepat dan tepat. Selain itu, saat ini belum ada literatur yang dipublikasi mengenai pengaruh faktor ibu dan keluarga terhadap kejadian *stunting* di Kecamatan Baurau maupun Kabupaten Luwu Timur. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan tujuan untuk mengetahui dan menganalisis faktor risiko ibu dan keluarga terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Baurau Kabupaten Luwu Timur.

## 1.2 Rumusan Masalah



Uraian pada latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah faktor ibu dan keluarga merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Baurau Kabupaten Luwu Timur?

### 1.3 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah dan kerangka konseptual penelitian, maka hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1.3.1 Usia ibu saat hamil merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- 1.3.2 Pendidikan ibu merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- 1.3.3 Pekerjaan ibu merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- 1.3.4 Status pernikahan ibu merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- 1.3.5 Otonomi ibu merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- 1.3.6 Paritas merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- 1.3.7 Gangguan mental umum pada ibu merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- 1.3.8 Keterlibatan ayah merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- 1.3.9 Kebiasaan makan bersama keluarga merupakan faktor risiko kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- 1.3.10 Ada minimal satu faktor risiko yang signifikan paling dominan terhadap kejadian *stunting* di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.

### 1.4 Tujuan Penelitian

#### 1.4.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor risiko ibu dan keluarga terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24-59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.

#### 1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis faktor risiko usia ibu saat hamil terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.



menganalisis faktor risiko pendidikan ibu terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.  
menganalisis faktor risiko pekerjaan ibu terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.  
menganalisis faktor risiko status pernikahan ibu terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu

- e. Untuk menganalisis faktor risiko otonomi ibu terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- f. Untuk menganalisis faktor risiko paritas terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- g. Untuk menganalisis faktor risiko gangguan mental umum pada ibu terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- h. Untuk menganalisis faktor risiko keterlibatan ayah terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- i. Untuk menganalisis faktor risiko kebiasaan makan bersama keluarga terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24–59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.
- j. Untuk menganalisis faktor risiko yang paling dominan terhadap kejadian *stunting* pada anak usia 24-59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur.

## 1.5 Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini dapat memberikan manfaat, sebagaimana yang diuraikan berikut:

### 1.5.1 Manfaat Ilmiah

Penelitian ini dapat menambah khazanah pengetahuan mengenai faktor risiko ibu dan budaya keluarga yang dapat mempengaruhi kejadian *stunting* dan faktor apa yang paling berpengaruh dalam rangka mengurangi kejadian kelahiran *stunting* serta diharapkan dapat menjadi referensi untuk pengembangan konsep bagi penelitian berikutnya mengenai determinan atau faktor risiko terkait *stunting*.

### 1.5.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan bagi petugas kesehatan dalam meningkatkan kesehatan ibu khususnya melalui peningkatan penyuluhan kepada ibu mengenai berbagai faktor risiko ibu yang terkait dengan *stunting*.

### 1.5.3 Manfaat bagi Institusi

Penelitian ini dapat menjadi salah satu sumber informasi dan bahan masukan bagi instansi terutama di bidang kesehatan maupun bidang lainnya untuk menentukan kebijakan, perencanaan, dan program pengendalian pencegahan kejadian *stunting*.

bagi Masyarakat

penelitian ini dapat memberikan informasi kepada masyarakat dan keluarga tentang faktor risiko ibu dan budaya keluarga yang



terkait dengan kejadian *stunting* pada anak sehingga dapat dilakukan pencegahan dini dan tindakan segera dengan menghindari atau setidaknya mengurangi ketika ibu atau keluarga mengidentifikasi faktor risiko kejadian *stunting* sebagaimana yang diteliti dalam penelitian ini.

## 1.6 Tinjauan Umum tentang *Stunting*

### 1.6.1 Definisi *Stunting*

World Health Organization (WHO) mendefinisikan *stunting* sebagai kondisi pendek atau sangat pendek berdasarkan panjang/ tinggi badan menurut usia yang kurang dari -2 standar deviasi (SD) pada kurva pertumbuhan WHO. Hal tersebut merupakan hasil dari kekurangan gizi kronis, biasanya terkait dengan kemiskinan, kesehatan dan gizi ibu yang buruk, sering sakit dan/atau pemberian makan dan perawatan yang tidak tepat di awal kehidupan anak (WHO, 2014).

*Stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis dan berulang terutama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). *Stunting* mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan otak. Anak *stunting* juga memiliki risiko lebih tinggi menderita penyakit kronis di masa dewasanya (Kementerian PPN/ Bappenas, 2018). *Stunting* juga menyebabkan hambatan perkembangan kognitif yang akan berpengaruh pada tingkat kecerdasan dan produktivitas anak di masa depan. *Stunting* dan masalah gizi lain diperkirakan menurunkan produk domestik bruto (PDB) sekitar 3% per tahun (Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia, 2019). 1000 HPK atau sering disebut sebagai *window of opportunity*, merupakan masa yang sangat penting dalam perkembangan seseorang. Masa ini dimulai sejak masa gestasi hingga usia 2 tahun. Pada masa ini, terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, baik dari sel-sel saraf di otak, tulang otot, dan berbagai sistem organ yang lain (Martorell, 2017).

### 1.6.2 Diagnosis dan Klasifikasi *Stunting*

Pengukuran status *stunting* dilakukan berdasarkan pengukuran antropometri panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U). Panjang badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal. Pada kondisi normal, panjang badan tumbuh seiring pertambahan umur. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap panjang badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama. Untuk pengukuran tinggi badan dilakukan menggunakan alat ukur tinggi stadiometer Holtain/mikrotoise (bagi berdiri) atau *baby length board* (bagi balita yang belum bisa et al., 2018).

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2020 tentang standar penilaian status gizi anak, *stunting* merupakan status gizi yang indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) dengan Z-score <-2



SD. Berikut kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan PB/U atau TB/U (Kemenkes RI, 2020).

**Tabel 1**  
**Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak**

| Indeks   | Kategori Status Gizi                     | Ambang Batas (Z-Score) |
|--|--|------------------------|
| Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0-60 bulan | Sangat Pendek ( <i>Severe Stunting</i> ) | <-3 SD                 |
|  | Pendek ( <i>Stunting</i> )               | -3 SD s/d <-2 SD       |
|  | Normal                                   | -2 SD s/d +3 SD        |
|  | Tinggi                                   | > +3 SD                |

Sumber: Kemenkes RI, 2020

### 1.6.3 Dampak *Stunting*

*Stunting* dapat memiliki dampak seumur hidup pada perkembangan fisik dan kognitif anak. Hal tersebut akan menciptakan risiko terhadap kualitas hidup yang rendah, produktivitas yang terbatas, dan beban ekonomi jangka panjang bagi individu dan masyarakat. Di Asia dan Afrika, dampak *stunting* sangat besar, mempengaruhi sekitar 11% dari PDB (Produk Domestik Bruto) (Horton and Steckel, 2013). Bagi individu, hal ini berarti pendapatan mereka bisa berkurang hingga 20%, yang pada gilirannya membuat mereka lebih rentan terhadap kemiskinan hingga 33% (Hoddinott et al., 2013). Sedangkan secara nasional, Indonesia mempunyai potensi kerugian ekonomi akibat *stunting* pada balita yang berkisar antara Rp15.062 hingga Rp67.780 miliar. Jumlah tersebut setara dengan kisaran 0,89-3,99% dari total PDB tahun 2021 (Rp16.970,8 triliun) (Suryana and Azis, 2023).

*Stunting* dapat memberikan dampak buruk bagi anak baik jangka pendek maupun jangka panjang. Dampak jangka pendek dari *Stunting* yaitu terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik dan gangguan metabolisme tubuh. Dalam jangka panjang *Stunting* dapat mengakibatkan penurunan kemampuan kognitif pada anak serta prestasi belajar (TNP2K, 2018). Hasil penelitian juga membuktikan bahwa anak dengan *stunting* memiliki rata-rata intelligence quotient (IQ) 5,2 kali lebih rendah dibandingkan anak yang tidak *stunting*. Hal tersebut dapat terjadi karena *stunting* berdampak pada pertumbuhan otak yang terhambat sehingga memengaruhi kemampuan mereka dalam mengolah informasi dengan cepat dan efisien (Aurora et al., 2021).

Lebih lanjut, anak-anak yang termasuk dalam kategori *stunting* juga mengalami masalah konsentrasi dan fokus. Nutrisi yang tidak memadai dapat mengganggu fungsi otak dan energi yang diperlukan untuk memusatkan perhatian pada proses belajar. Hal ini dapat menghambat mereka dalam mengikuti pelajaran, menyelesaikan tugas, dan mengikuti pembelajaran (Suryana and Puspitasari, 2017). Lebih lanjut, *Stunting* juga dapat menyebabkan penurunan kekebalan tubuh anak sehingga anak mudah sakit



dan risiko timbulnya penyakit di masa tua semakin tinggi. Risiko penyakit di masa tua meliputi penyakit jantung dan pembuluh darah, kegemukan, diabetes, kanker, stroke dan disabilitas (TNP2K, 2018).

#### 1.6.4 Pencegahan *Stunting*

Upaya pencegahan *stunting* dilakukan melalui lima pilar percepatan pencegahan *stunting*, yaitu komitmen dan visi kepemimpinan nasional dan daerah, kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku, konvergensi program pusat, daerah dan desa, ketahanan pangan dan gizi, pemantauan dan evaluasi.

**Tabel 2**  
**Intervensi Gizi Spesifik Pencegahan *Stunting***

| Sasaran                               | Intervensi Prioritas   | Intervensi Pendukung   | Intervensi Prioritas sesuai Kondisi               |
|---------------------------------------|--|--|---|
| Ibu Hamil                             | a. Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil KEK<br>b. Pemberian suplementasi TTD  | a. Pemberian suplementasi kalsium<br>b. Pemeriksaan kehamilan  | a. Perlindungan dari malaria<br>b. Pencegahan HIV |
| Ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan | a. Promosi dan konseling pemberian ASI eksklusif<br>b. Promosi dan konseling pemberian makanan bayi dan anak (PMBA)<br>c. Tatalaksana gizi buruk<br>d. Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang<br>e. Pemantauan dan promosi pertumbuhan | a. Pemberian suplementasi vitamin A<br>b. Pemberian suplementasi bubuk tabur gizi<br>c. Pemberian imunisasi<br>d. Pemberian suplementasi zinc untuk pengobatan diare<br>e. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) | Pencegahan kecacingan                             |
| Remaja putri dan WUS                  | Pemberian suplementasi tablet tambah darah (TTD)   |  |   |
| Anak 24-59 bulan                      | a. Penatalaksanaan gizi buruk<br>b. Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang<br>c. Pemantauan dan promosi pertumbuhan  | a. Pemberian suplementasi vitamin A<br>b. Pemberian suplementasi bubuk tabur gizi<br>c. Pemberian imunisasi<br>d. Pemberian suplementasi zinc untuk pengobatan diare<br>e. MTBS                                  | Pencegahan kecacingan                             |

K, 2018



Upaya pencegahan *stunting* perlu menyasar penyebab langsung dan tidak langsung dari *stunting* melalui kegiatan intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik dilakukan oleh sektor kesehatan yang menyasar penyebab langsung *stunting* meliputi kurangnya asupan makanan dan gizi serta penyakit infeksi. Sedangkan intervensi gizi sensitif umumnya dilaksanakan di luar sektor kesehatan, sasarannya keluarga dan masyarakat umum. Berikut Tabel rincian kegiatan intervensi gizi (TNP2K, 2018).

**Tabel 3**  
**Intervensi Gizi Sensitif Pencegahan *Stunting***

| Kelompok Intervensi  | Jenis Intervensi  |
|--|---|
| Peningkatan penyediaan air bersih dan sanitasi                               | a. Penyediaan air bersih dan air minum<br>b. Penyediaan akses sanitasi yang layak   |
| Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan                  | a. Penyediaan akses jaminan kesehatan, seperti JKN<br>b. Penyediaan akses kepada layanan kesehatan dan KB<br>c. Penyediaan akses bantuan tunai bersyarat untuk keluarga kurang mampu seperti program keluarga harapan (PKH)   |
| Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak | a. Penyebarluasan informasi mengenai gizi dan kesehatan melalui berbagai media<br>b. Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi<br>c. Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua<br>d. Penyediaan akses pendidikan anak usia dini, dan pemantauan tumbuh kembang anak<br>e. Penyediaan konseling kesehatan reproduksi untuk remaja<br>f. Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak             |
| Peningkatan akses pangan bergizi   | a. Penyediaan akses bantuan pangan untuk keluarga kurang mampu, seperti Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT)<br>b. Pengembangan pertanian dan peternakan untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi di rumah tangga, seperti program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)<br>c. Fortifikasi bahan pangan utama, misalnya garam, tepung terigu, dan minyak goreng<br>d. Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan |

TNP2K, 2018



## 1.7 Tinjauan Umum tentang Determinan *Stunting*

Determinan *stunting*, atau kondisi pertumbuhan anak yang terhambat, bersifat multi faktor dan melibatkan berbagai variabel yang saling terkait. Fenomena ini tidak dapat dijelaskan oleh satu faktor tunggal, melainkan dipengaruhi oleh kompleksitas interaksi antara faktor-faktor biologis, ekonomi, sosial, dan lingkungan. Berikut ini determinan kejadian *stunting* berdasarkan kerangka konseptual WHO (2016):

- 1.7.1 Faktor ibu, meliputi nutrisi yg kurang saat prakonsepsi, kehamilan dan laktasi, tinggi badan ibu rendah, infeksi, kehamilan pada usia remaja, kesehatan mental, pertumbuhan janin terhambat dan kelahiran prematur, jarak kehamilan yang pendek, dan hipertensi.
- 1.7.2 Faktor lingkungan rumah, meliputi stimulasi dan aktivitas anak tidak adekuat, perawatan yang kurang, sanitasi dan kualitas dan kuantitas air, akses dan ketersediaan pangan kurang, alokasi makanan dalam rumah tangga tidak sesuai, edukasi pengasuh yang rendah, merokok dalam rumah.
- 1.7.3 Makanan kualitas rendah, meliputi kualitas mikronutrien yang rendah, keragaman jenis makanan yang dikonsumsi dan sumber makanan hewani yang rendah, makanan yang tidak mengandung nutrisi, makanan komplementer yang mengandung energi rendah.
- 1.7.4 Cara pemberian yang tidak adekuat, meliputi frekuensi pemberian makanan yang rendah, pemberian makanan yang tidak adekuat ketika sakit dan setelah sakit, konsistensi makanan yang terlalu halus, pemberian makana yang rendah dalam kuantitas.
- 1.7.5 Keamanan makanan dan minuman, meliputi makanan dan minuman yang terkontaminasi, kebersihan yang rendah, penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman.
- 1.7.6 Pemberian Air Susu Ibu (ASI) yang salah, meliputi inisiasi yang terlambat, tidak ASI eksklusif, penghentian menyusui yang terlalu cepat.
- 1.7.7 Infeksi klinis dan sub klinis, meliputi infeksi pada usus, diare, *environmental enteropathy*, infeksi cacing, infeksi pernapasan, malaria, nafsu makan yang kurang akibat infeksi, inflamasi.
- 1.7.8 Faktor sosial dan komunitas, meliputi politik dan ekonomi, pendidikan, kesehatan dan pelayanan, budaya dan masyarakat, sistem pertanian dan makanan, air, sanitasi dan lingkungan.

## 1.8 Tinjauan Umum tentang Faktor Ibu terhadap *Stunting*

Berdasarkan kerangka konsep WHO di atas, diketahui bahwa salah satu determinan *stunting* adalah faktor ibu. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian faktor ibu yang berhubungan dengan kejadian *stunting* yang berikut.



### 1.8.1 Usia Ibu Saat Hamil

Penelitian terdahulu mengungkap bahwa anak-anak dari ibu usia remaja atau kurang dari 20 tahun, dibandingkan dengan ibu dewasa, memiliki kemungkinan 8 kali lebih besar untuk mengalami *stunting* (Wemakor et al., 2018). Hal tersebut dapat terjadi karena ibu dengan usia remaja kurang mampu menjamin kecukupan asupan gizi bagi anaknya dan ibu remaja yang hamil akan bersaing memperebutkan gizi dengan perkembangan janin sehingga janin lebih berisiko untuk dilahirkan dengan berat badan lebih yang kemudian dapat berujung pada *stunting* (Yu et al., 2016). Ibu remaja juga belum siap secara psikologis untuk menyusui bayinya setelah melahirkan. Ibu remaja berpotensi mengalami stres pribadi karena kehamilan prematur dan putus sekolah (Nguyen et al., 2017). Permasalahan tersebut kemungkinan besar akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak sehingga mengakibatkan malnutrisi dan hambatan pertumbuhan lainnya, termasuk *stunting* (Wemakor et al., 2018).

Selain itu, kehamilan diusia tua juga dikaitkan dengan kondisi kesehatan ibu mulai berkurang, fungsi rahim menurun, kualitas sel telur berkurang, serta meningkatnya komplikasi medis pada kehamilan dan persalinan, yang berhubungan dengan kelainan degeneratif, hipertensi dan kencing manis (diabetes melitus). Penelitian sebelumnya mengungkap adanya hubungan antara usia ibu lanjut dengan kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian perinatal. Hal tersebut terjadi karena ibu usia lanjut memiliki kerentanan biologis, staminanya sudah menurun dan semangat dalam merawat kehamilannya sudah berkurang. Hal tersebut dapat berimplikasi terhadap terjadinya *stunting* pada anak (Londero et al., 2019).

### 1.8.2 Pendidikan Ibu

Faktor lainnya yang turut berkontribusi terhadap *stunting* pada anak adalah pendidikan ibu. Penelitian sebelumnya melaporkan bahwa pendidikan ibu ditemukan menjadi prediktor terkuat terhadap *stunting* pada masa kanak-kanak di Ethiopia di antara faktor-faktor ibu yang diteliti. Ibu yang berpendidikan lebih besar kemungkinannya untuk memiliki perilaku mencari kesehatan yang lebih baik, mempraktikkan pemberian makan anak yang benar, dan melakukan aktivitas sehat selama masa kehamilan dan menyusui. Ditemukan juga bahwa ibu yang tidak berpendidikan memiliki kemungkinan 3,3 kali lebih besar untuk melahirkan anak yang *stunting* dibandingkan dengan ibu yang memiliki pendidikan sekolah menengah atas (Amaha & Mulugeta, 2021). Penelitian lain melaporkan peningkatan risiko *stunting* pada wanita tidak berpendidikan di Vietnam (Beal, 2019), 2,26 di Kamerun (Londe, 2015), dan 2,53 di Indonesia (Torlesse et al., 2016).



### 1.8.3 Pekerjaan Ibu

Status pekerjaan ibu memiliki hubungan negatif terhadap *stunting* pada anak dalam konteks daerah perkotaan yang berpenghasilan rendah. Anak-anak dari ibu yang bekerja memiliki kemungkinan dua kali lebih besar untuk mengalami *stunting* dibandingkan anak-anak dari ibu yang tidak bekerja (Brauner-Otto et al., 2019; Win et al., 2022). Dalam konteks dukungan pengasuhan yang terbatas, pekerjaan ibu dan seringnya ketidakhadiran pengasuhan anak dapat melemahkan praktik pengasuhan dan pemberian makan yang tepat, sehingga menyebabkan keluaran gizi yang lebih buruk pada anak-anak (Kabir & Maitrot, 2017).

### 1.8.4 Status Pernikahan Ibu

Status pernikahan ibu dikaitkan dengan *stunting* dalam penelitian sejumlah penelitian. Anak yang orang tuanya menikah mempunyai risiko lebih rendah mengalami *stunting*, sedangkan anak dari orang tua yang tidak pernah menikah atau bercerai/duda mempunyai peluang lebih tinggi mengalami *stunting* (Laksono et al., 2022). Keberadaan pasangan dapat memberikan dukungan emosional dan sosial kepada ibu, yang pada gilirannya dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis dan fisiknya. Selain itu, Pernikahan dapat memengaruhi status ekonomi keluarga. Keluarga yang menikah mungkin memiliki akses lebih besar terhadap sumber daya ekonomi karena adanya kontribusi ekonomi dari kedua pasangan. Perekonomian keluarga yang stabil dapat membantu memastikan ketersediaan makanan yang memadai dan akses ke perawatan kesehatan (Djuikom & van de Walle, 2022) dan penelitian oleh Sumiati, Arsin & Syafar (2020) membuktikan bahwa ibu yang selalu memeriksakan kehamilannya lebih sedikit mengalami kejadian *stunting* pada anak usia 6–59 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Palakka Kahu Kabupaten Bone.

### 1.8.5 Otonomi Ibu

Di sini, “otonomi” mengacu pada “kemampuan untuk memperoleh informasi dan menggunakannya sebagai dasar untuk mengambil keputusan mengenai masalah pribadinya dan masalah orang terdekatnya” (Dysion & Moore, 1983) dan “kontrol yang dimiliki perempuan atas kehidupan mereka sendiri, sejauh mana dimana mereka mempunyai suara yang setara dengan suami mereka dalam hal-hal yang mempengaruhi diri mereka sendiri dan keluarga mereka” (Kabeer, 1999).

Penelitian sebelumnya melaporkan bahwa Prevalensi *stunting* pada seiring dengan meningkatnya otonomi ibu. Otonomi ibu yang an dengan prevalensi *stunting* sebesar 42,5%, dan otonomi ibu kaitkan dengan prevalensi 36,5% (Chilinda et al., 2021). engan kebebasan bergerak yang lebih besar dapat keluar ke kitar dan pasar terdekat, yang meningkatkan peluang untuk pengetahuan terkait kesehatan yang dapat bermanfaat bagi gizi anak-anak (Swaminathan et al., 2019).



Kekuatan pengambilan keputusan di rumah tangga memungkinkan perempuan untuk berpartisipasi langsung dan mengendalikan pilihan pembelian rumah tangga, yang memungkinkan mereka untuk secara selektif membeli makanan bergizi untuk pertumbuhan dan perkembangan anak (Imai et al., 2014). Akses terhadap sumber daya keuangan atau kendali atas aset para ibu juga dapat menghasilkan gizi yang lebih baik bagi anak-anak mereka. Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang memiliki kendali atas sumber daya materi, termasuk uang, akan berinvestasi lebih banyak pada layanan kesehatan dan makanan bergizi untuk anak mereka (Rahman, Saima & Goni, 2015).

#### 1.8.6 Paritas

Paritas didefinisikan sebagai kehamilan yang mengakibatkan persalinan pada usia kehamilan  $\geq 6$  bulan, baik lahir hidup maupun lahir mati (Wernli et al., 2009). Menurut Varney (2004), istilah paritas dibagi menjadi tiga macam, antara lain:

- a. Primiparitas adalah kelahiran bayi hidup untuk pertama kali dari seorang wanita.
- b. Multiparitas atau pleuriparitas adalah kelahiran bayi hidup dua kali atau lebih dari seorang wanita.
- c. Grande-multiparitas adalah kelahiran 5 orang anak atau lebih dari seorang wanita.

Ibu dengan jumlah kelahiran lebih dari tiga hampir dua kali lebih mungkin memiliki bayi dengan berat badan lahir rendah pada saat persalinan (Alemu et al., 2019). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa peluang terjadinya *stunting* secara signifikan lebih tinggi pada anak yang lahir dari ibu dengan jarak kelahiran 2-3 kelahiran  $< 3$  tahun antara kelahiran dan kelahiran berikutnya. Ibu dengan jumlah kelahiran  $> 3$  kelahiran  $< 3$  tahun mempunyai peluang 53,1% untuk mempunyai anak *stunting* ( $P < 0,01$ ) (Rana et al., 2019).

Dengan meningkatnya jumlah anak dalam sebuah keluarga, perhatian dan sumber daya yang tersedia untuk setiap anak dapat terbagi lebih banyak. Jika ibu memiliki banyak anak, ketersediaan waktu yang dapat dia alokasikan untuk setiap anak, termasuk pemberian makanan yang tepat dan perawatan kesehatan menjadi terbatas (Rana et al., 2019).

#### 1.8.7 Gangguan mental Umum Ibu

Istilah “gangguan” digunakan untuk menyiratkan adanya serangkaian gejala atau perilaku yang dapat dikenali secara klinis yang terkait dengan kesehatan dan gangguan pada fungsi pribadi. Penyimpangan atau konflik apa disfungsi pribadi, tidak boleh dimasukkan dalam gangguan (Rana et al., 2018). Gangguan mental menurut American Psychological Association (APA) adalah setiap kondisi yang ditandai dengan gangguan emosional, perilaku abnormal, gangguan fungsi, atau kombinasi. Gangguan tersebut tidak dapat dijelaskan semata-mata oleh lingkungan dan mungkin melibatkan faktor fisiologis, genetik, kimia,



sosial, dan lainnya (APA, 2021). Gangguan mental adalah sindrom yang ditandai dengan gangguan signifikan secara klinis dalam kognisi, regulasi emosi, atau perilaku individu yang mencerminkan disfungsi dalam proses psikologis, biologis, atau perkembangan yang mendasari fungsi mental (APA, 2013).

Salah satu faktor risiko *stunting* yang cukup terabaikan adalah gangguan mental ibu. Gangguan mental umum pada Ibu yang terdiri dari gejala depresi, kecemasan, dan somatik sangat umum terjadi dan merupakan salah satu kontributor utama beban penyakit global di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Bukti studi epidemiologi telah mengungkapkan bahwa tekanan mental antenatal merupakan masalah kesehatan masyarakat di Afrika sub-Sahara dan merupakan salah satu faktor risiko yang menghalangi anak-anak mencapai potensi pertumbuhan mereka. Hal ini telah dikaitkan dengan berat badan lahir bayi yang rendah, gangguan pertumbuhan pasca kelahiran, dan peningkatan frekuensi diare pada bayi, kekurangan gizi, *stunting*, dan perkembangan kognitif yang lebih buruk (Girma et al., 2019).

## 1.9 Tinjauan Umum tentang Faktor Keluarga terhadap *Stunting*

### 1.9.1 Keterlibatan Ayah

Keterlibatan ayah memberikan pengaruh positif terhadap praktik pemberian makan anak. Ayah berperan penting dalam dukungan keuangan dan sumber daya, dukungan sosial dan dukungan fisik seperti tanggung jawab bersama atas kesejahteraan gizi dan kesehatan anak. Untuk mendorong praktik pemberian makan yang optimal pada anak, diperlukan peningkatan keterlibatan langsung ayah (Dangura & Gebremedhin, 2017).

Keterlibatan Ayah telah terbukti secara signifikan meningkatkan praktik pemberian makan yang tepat pada anak. Keterlibatan ayah telah dikaitkan dengan hasil sosial, emosional, psikologis, perkembangan, dan kesehatan yang positif pada anak (Garfield et al., 2019). Pemberian makanan yang tepat pada anak sangat penting untuk pertumbuhan, kesehatan, dan perkembangan anak yang optimal, terutama pada usia 0-2 tahun. Namun, periode ini sering ditandai dengan kekurangan mikronutrien yang mengakibatkan seringnya penyakit pada masa kanak-kanak (Stevens et al., 2012).

Sebuah penelitian di Vietnam, Peru, Afrika Sub-Sahara, dan Afrika Selatan menunjukkan bahwa anak-anak yang ayahnya tidak terlibat dalam pemberian makan anak mempunyai risiko lebih tinggi mengalami malnutrisi, kurangnya perannya keterlibatan ayah dalam pemberian makan anak, dan kesehatan anak (Dinga et al., 2018).



### 1.9.2 Kebiasaan Makan Bersama

Pemberian makan pada anak merupakan hal yang penting dalam kehidupan keluarga dan berakar kuat pada budaya dan tradisi. Namun, banyak orang tua yang mengalami stres dan kecemasan akibat tugas mengasuh anak yang ada di mana-mana ini dan menganggap anak kecil mereka sebagai “orang yang sulit diberi makan”. Ketegangan dan perselisihan terkait pemberian makan kepada anak kecil adalah hal biasa dan berpotensi berdampak pada kualitas waktu makan keluarga, kepercayaan diri orang tua, serta dinamika dan kesejahteraan keluarga yang lebih luas (Mitchell et al., 2013).

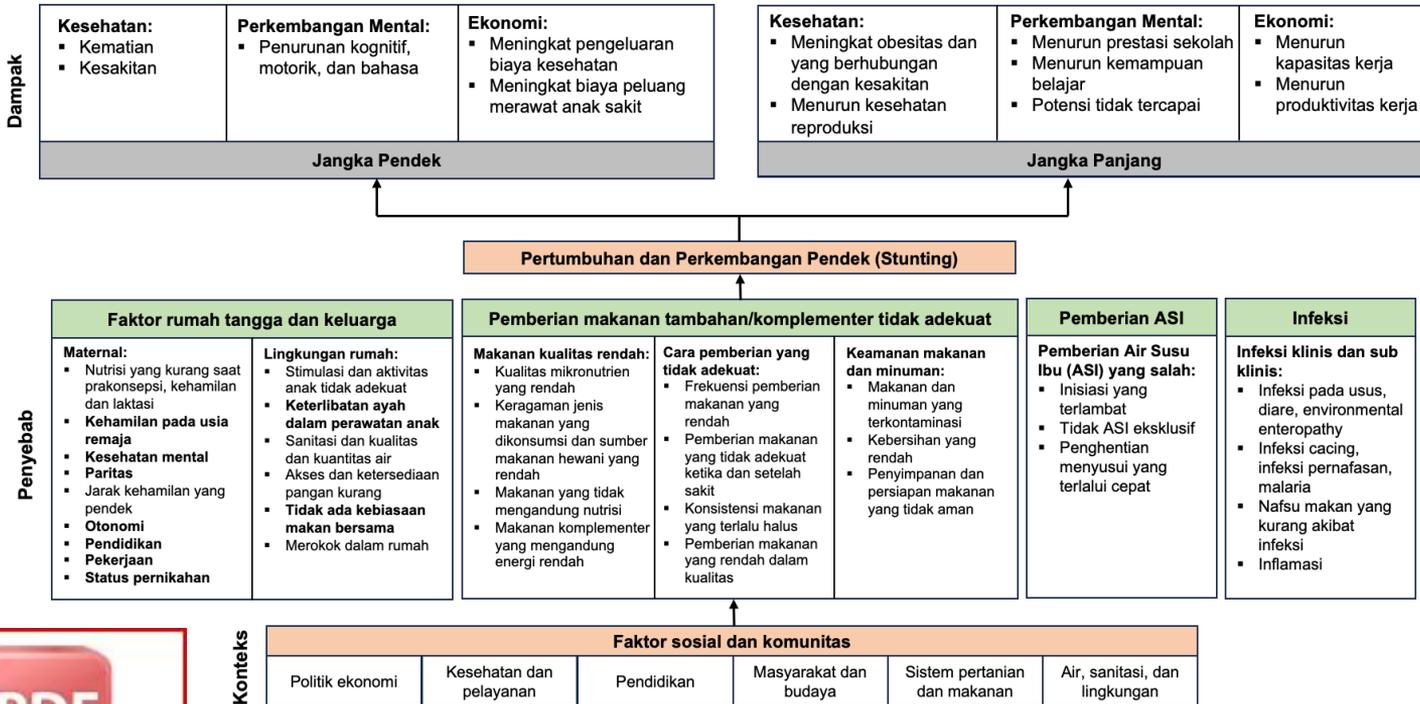
Selama 20 tahun terakhir, sejumlah penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa lebih sering makan bersama keluarga dikaitkan dengan beberapa hasil positif mengenai kesehatan gizi anak, termasuk asupan buah dan sayur yang lebih tinggi dan pola makan sehat secara keseluruhan, konsumsi minuman ringan yang lebih rendah, indeks massa tubuh (IMT) yang lebih rendah, dan lebih sedikit gangguan makan (Dallacker et al., 2018; Glanz et al., 2021; Robson et al., 2020).

Waktu makan bersama anak memberikan kesempatan penting untuk pengembangan keterampilan mandiri, interaksi sosial dan pembelajaran bahasa bagi anak-anak. Ini juga merupakan waktu di mana anak-anak dapat belajar mengembangkan keterampilan motorik mulut mereka dengan diperkenalkan pada tekstur dan rasa baru dalam lingkungan yang akrab dan aman di mana pengasuh dapat memberikan dorongan melalui penggunaan pemodelan visual dan dorongan verbal. Komunikasi selama makan berfokus pada pengembangan keterampilan makan dan minum secara mandiri, mempertahankan kemampuan makan yang sesuai, atau diskusi tentang peristiwa penting yang berarti bagi pengasuh dan anak (Harding, Wade & Harrison, 2013).



### 1.10 Kerangka Teori

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

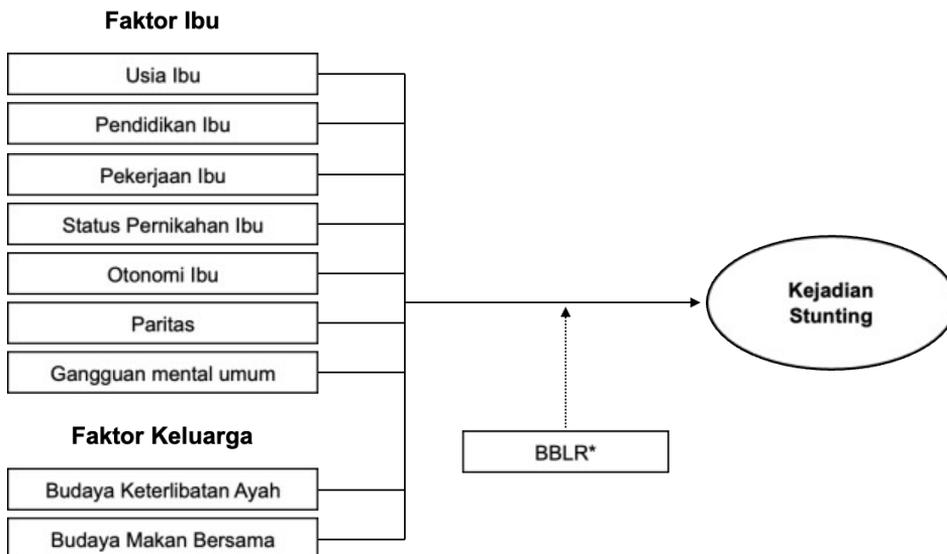


Gambar 1. Kerangka teori faktor-faktor yang mempengaruhi *stunting*



### 1.11 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori maka kerangka konsep penelitian dapat digambarkan pada gambar 2 sebagai berikut:



**Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian Analisis Pengaruh Faktor Ibu dan budaya keluarga terhadap Stunting**

**Keterangan:**

-  : Variabel Independen
  -  : Variabel Perancu
  -  : Variabel Dependan
  -  : Arah Hubungan
- \* Matching



## 1.12 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

**Tabel 4**  
**Definisi Operasional dan Kriteria Objektif Variabel Penelitian**

| Variabel                   | Definisi Operasional   | Alat Ukur  | Kriteria Objektif  | Skala Ukur |
|----------------------------|--|--|--|------------|
| <b>Variabel Dependen</b>   |  |  |  |            |
| <b>Stunting</b>            | Tinggi balita yang kurang dari -2SD menurut pengukuran (TB/U)  | Data sekunder pada e-PPGBM atau register balita di puskesmas (hasil pengukuran antropometri terakhir berdasarkan PB/U atau TB/U) | 1. Kasus = jika z-score < -2 SD<br>2. Kontrol = jika z-score ≥ -2 SD<br><br><i>Sumber: WHO, 2014</i>   | Nominal    |
| <b>Variabel Independen</b> |  |  |  |            |
| <b>Usia ibu saat hamil</b> | Usia ibu pada saat hamil dihitung berdasarkan tanggal lahir yang tertulis pada tanda pengenalan                    | Wawancara dengan kuesioner (pertanyaan 29)   | 1. Risiko tinggi: umur saat hamil <20 tahun atau >35 tahun<br>2. Risiko rendah: umur saat hamil 20-35 tahun<br><br><i>Sumber: Cavazos-Rehg et al., 2015</i>                                | Nominal    |
| <b>Status pendidikan</b>   | Jenjang pendidikan formal yang diselesaikan oleh ibu berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki pada saat wawancara | Wawancara dengan kuesioner (pertanyaan 8)  | 1. Risiko tinggi: jika ibu berpendidikan rendah (tidak sekolah, SD, dan SMP)<br>2. Risiko rendah: jika ibu berpendidikan tinggi (SMA-perguruan tinggi<br><br><i>Sumber: Arikunto, 2012</i> | Nominal    |



| Variabel                     | Definisi Operasional   | Alat Ukur   | Kriteria Objektif   | Skala Ukur |
|------------------------------|--|---|---|------------|
| <b>Status pekerjaan ibu</b>  | Kegiatan yang dilakukan ibu untuk mencari nafkah atau membantu penghasilan keluarga yang dilaksanakan selama paling sedikit 1 jam tanpa terputus dalam satu minggu terakhir. | Wawancara dengan kuesioner (pertanyaan 9)                         | 1. Risiko tinggi: jika ibu bekerja<br>2. Risiko rendah: jika ibu tidak bekerja<br><br><i>Sumber: Brauner-Otto, Baird &amp; Ghimire, 2019</i>                            | Nominal    |
| <b>Status pernikahan ibu</b> | Kondisi atau hubungan pernikahan responden pada saat pengumpulan data berdasarkan hasil wawancara dan kartu pengenal (KTP)   | Wawancara dengan kuesioner (pertanyaan 12)                        | 1. Risiko tinggi: jika ibu berstatus janda<br>2. Risiko rendah: jika ibu berstatus bukan janda<br><br><i>Sumber: BPS, 2018</i>  | Nominal    |
| <b>Otonomi ibu</b>           | Tingkat otonomi atau kebebasan pengambilan keputusan ibu dalam konteks keluarga atau kehidupan sehari-hari.  | Kuesioner <i>Women Empowerment Index</i> (WEI) (pertanyaan 19-28) | 1. Risiko tinggi: jika tingkat otonomi ibu rendah (skor <5)<br>2. Risiko rendah: jika Tingkat otonomi ibu tinggi (skor ≥ 5)<br><br><i>Sumber: Chilinda et al., 2021</i> | Nominal    |
| <b>Paritas</b>               | Banyaknya kelahiran hidup yang pernah dialami oleh ibu   | Wawancara dengan kuesioner (pertanyaan 30)                        | 1. Risiko tinggi: 1 atau >3 kelahiran hidup<br>2. Risiko rendah: 2-3 kelahiran hidup<br><br><i>Sumber: Varney et al., 2004</i>  | Nominal    |
| <b>an umum</b>               | Gambaran tentang kondisi mental ibu yang diperoleh dari hasil  | Wawancara dengan kuesioner SRQ (pertanyaan 31-50)                 | 1. Risiko tinggi: jika ibu menderita gangguan mental umum (skor ≥ 6)  | Nominal    |



| Variabel                                | Definisi Operasional  | Alat Ukur   | Kriteria Objektif   | Skala Ukur |
|---|---|---|---|------------|
|   | pengukuran kuesioner <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (SRQ)  |   | 2. Risiko rendah: jika ibu tidak menderita gangguan mental umum (skor < 6)  |            |
|   |   |   | <i>Sumber: Kemenkes RI, 2009</i>  |            |
| <b>Keterlibatan ayah</b>                | Peran dan partisipasi secara aktif dari ayah dalam praktik perawatan anak   | Wawancara dengan kuesioner SRQ (pertanyaan 51-65) | 1. Risiko tinggi: jika keterlibatan ayah rendah (skor <8)<br>2. Risiko rendah: jika keterlibatan ayah tinggi (skor ≥ 8)   | Nominal    |
|   |   |   | <i>Sumber: Bogale et al., 2022</i>  |            |
| <b>Kebiasaan makan bersama keluarga</b> | Kebiasaan makan dalam keluarga secara bersama-sama baik antara ibu, ayah dan anak maupun antara ibu/ayah dan anak | Wawancara dengan kuesioner (pertanyaan 66-71)     | 1. Risiko tinggi: jika keluarga tidak memiliki kebiasaan makan bersama (skor < 18)<br>2. Risiko rendah: jika keluarga memiliki kebiasaan makan bersama ((skor ≥ 18) | Nominal    |
|   |   |   | <i>Sumber: de Wit et al., 2015</i>  |            |



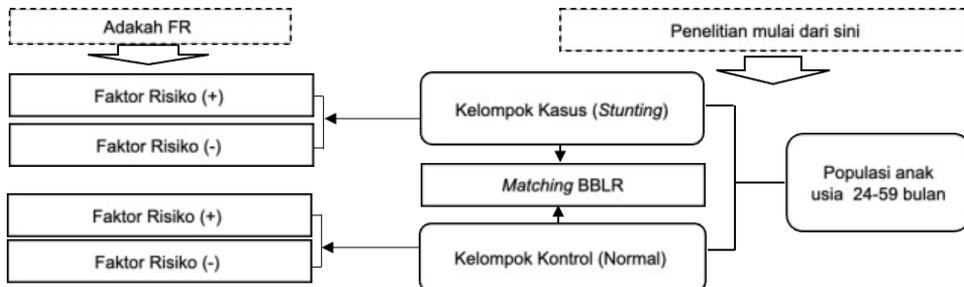


Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## BAB II METODE PENELITIAN

### 2.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik dengan desain *case control* untuk menentukan apakah suatu paparan atau faktor risiko berhubungan dengan penyakit. Desain ini penelitian ini bersifat retrospektif karena dimulai dengan menentukan penyakit, kemudian subjek diobservasi apakah terpapar faktor etiologi dan dibandingkan dengan populasi yang tidak menderita sakit (Prasasty & Legiran, 2023). Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis faktor risiko usia ibu saat hamil, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, status pernikahan ibu, otonomi ibu, jarak kehamilan, paritas, gangguan mental umum pada ibu, keterlibatan ayah, dan kebiasaan makan bersama keluarga terhadap kejadian *stunting*. Selain itu, penelitian ini juga bertujuan untuk melihat besar risiko masing-masing variabel independent terhadap variabel dependen.



**Gambar 3. Rancangan Penelitian Pengaruh Faktor Ibu dan Budaya Keluarga terhadap Kejadian *Stunting* pada Anak Usia 24-59 Bulan**

### 2.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Bauru, Kabupaten Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan pada bulan Februari-Maret 2024.

### 2.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 2.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2016). Populasi dalam penelitian ini terdiri dari populasi kasus dan populasi kontrol.

Kasus

Kasus dalam penelitian ini adalah anak usia 24-59 bulan yang *stunting* di Kecamatan Bauru Kabupaten Luwu Timur yang diukur dengan pengukuran TB/U dan tercatat pada laporan e-PPGBM Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu Timur pada bulan Januari 2024, yaitu sebanyak 116 orang.



b. Populasi Kontrol

Populasi kontrol dalam penelitian ini adalah anak usia 24-59 bulan yang tidak mengalami *stunting* di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur yang melakukan pengukuran TB/U dan tercatat pada laporan e-PPGBM Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu Timur pada bulan Januari 2024, yaitu sebanyak 762 orang.

2.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian anak usia 24-59 bulan di Kecamatan Burau Kabupaten Luwu Timur. Responden dari penelitian ini ialah ibu dari anak yang menjadi sampel. Sampel penelitian dibagi menjadi dua kelompok, yakni kelompok kasus dan kontrol dengan perbandingan 1:1. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi penelitian, antara lain:

a. Kelompok Kasus

1) Kriteria Inklusi

- a) Anak usia 24-59 bulan yang mengalami *stunting*
- b) Tercatat dalam laporan penimbangan bulanan pada register balita atau pada aplikasi e-PPGBM
- c) Berdomisili di wilayah Kecamatan Burau
- d) Responden dalam hal ini ibu anak bersedia untuk diwawancarai

2) Kriteria Eksklusi

- a) Anak-anak yang tidak memiliki ibu
- b) Anak-anak yang tampaknya memiliki cacat fisik dan gangguan kesehatan lain.
- c) Responden tidak berada di tempat pada saat penelitian berlangsung dan tidak dapat ditemui setelah tiga kali kunjungan.

b. Kelompok Kontrol

1) Kriteria Inklusi

- a) Anak usia 24-59 bulan dengan status gizi normal berdasarkan pengukuran antropometri TB/U
- b) Tercatat dalam laporan penimbangan bulanan pada register balita atau aplikasi e-PPGBM
- c) Berdomisili di wilayah Kecamatan Burau
- d) Responden dalam hal ini ibu anak bersedia untuk diwawancarai
- e) Dilakukan *matching* BBLR
- f) Merupakan tetangga dari kelompok kasus

2) Kriteria Eksklusi

Anak-anak yang tidak memiliki ibu

Anak-anak yang tampaknya memiliki cacat fisik dan gangguan kesehatan lain.

Responden tidak berada di tempat pada saat penelitian berlangsung dan tidak dapat ditemui setelah tiga kali kunjungan.



### 2.3.3 Besar Sampel

Penentuan besar sampel minimal untuk penelitian *case-control* dengan menggunakan rumus *Lemeshow* (1990), yakni sebagai berikut:

$$n1 = n2 = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

- n1 dan n2 = jumlah sampel untuk masing-masing kelompok  
 P1 = proporsi kejadian *stunting* pada kelompok kasus  
 $= \frac{(OR) P_2}{(OR) P_2 + (1 - P_2)}$  (OR berdasarkan penelitian Girma et al. (2019) = 3,24)  
 P2 = proporsi kejadian *stunting* pada kelompok kontrol (Berdasarkan penelitian Girma et al. (2019) = 13,5)  
 P = proporsi rata-rata =  $\frac{(P_1 + P_2)}{2}$   
 $Z_{1-\alpha/2}$  = nilai Z untuk derajat kemaknaan ( $\alpha = 95\%$ ) = 1,96  
 $Z_{1-\beta}$  = nilai Z untuk kekuatan uji ( $\beta = 80\%$ ) = 0,84

Adapun uraian perhitungan besar sampel menggunakan rumus diatas, yakni sebagai berikut:

Diketahui:

P2 = 0,13

OR = 3,24

$Z_{1-\alpha/2}$  = 1,96

$Z_{1-\beta}$  = 0,84

P1 =  $\frac{(OR) P_2}{(OR) P_2 + (1 - P_2)} = \frac{(3,24) (0,13)}{(3,24) 0,13 + (1 - 0,13)} = \frac{0,42}{1,27} = 0,33.$

P =  $\frac{(P_1 + P_2)}{2} = \frac{0,33 + 0,13}{2} = 0,23.$

maka jumlah sampel yang dibutuhkan, yaitu:

$$\begin{aligned} n1 = n2 &= \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2} \\ &= \frac{[1,96 \sqrt{2(0,23)(1-0,23)} + 0,84 \sqrt{0,33(1-0,33) + 0,13(1-0,13)}]^2}{(0,33 - 0,13)^2} \\ &= \frac{[1,96 \sqrt{0,46(0,77)} + 0,84 \sqrt{0,2211 + 0,1131}]^2}{0,04} \\ &= \frac{[1,96(0,595) + 0,84(0,578)]^2}{0,04} \end{aligned}$$

2,729

04

8

an hasil perhitungan sampel di atas, maka diperoleh jumlah k 68 orang. Perbandingan sampel kasus dan kontrol ialah 1:1, el keseluruhan sebanyak 136 orang.



### 2.3.4 Teknik Penarikan Sampel

Teknik penarikan sampel adalah suatu metode yang digunakan untuk menyeleksi sejumlah elemen dari populasi yang diteliti untuk dijadikan sampel. Teknik penarikan sampel untuk kelompok kasus pada penelitian ini ialah *probability sampling* dengan menggunakan *systematic random sampling*. Hal ini bertujuan untuk memberikan kesempatan yang sama kepada seluruh populasi kasus yang telah diketahui identitasnya (berdasarkan nama dan alamat) dapat terpilih sebagai sampel.

Sampel untuk kelompok kontrol dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Hal ini dilakukan karena adanya pertimbangan tertentu, yaitu untuk mempermudah melakukan *matching* dan pertimbangan bahwa kelompok kontrol dipilih dari tetangga dekat tempat kasus tersebut.

Adapun penjelasan mengenai cara pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Peneliti menggunakan data register balita dari pengelola gizi Puskesmas Burau dan Puskesmas Bonepute yang berada di wilayah Kecamatan Burau atau daftar penimbangan anak usia 24-59 bulan *by name by address* pada bulan Januari 2024 yang diperoleh dari aplikasi e-PPGBM. Peneliti memastikan data memuat informasi berat badan lahir untuk setiap anak.
- b. Peneliti mengkompilasi nama-nama anak tersebut dan membagi dalam dua kelompok, yakni kelompok kasus (*stunting*) dan kelompok kontrol (anak dengan status gizi normal).
- c. Pada daftar nama kelompok kasus, peneliti melakukan pengundian yang terdiri dari angka 1-9 sebagai titik awal. Angka yang terpilih kemudian disesuaikan dengan daftar nama anak yang telah dikelompokkan sebelumnya dan menjadi sampel pertama. Sampel selanjutnya akan mengikuti kelipatan angka tersebut hingga diperoleh jumlah sampel yang sesuai dengan kebutuhan peneliti.
- d. Jika nomor yang dimaksud tidak memenuhi kriteria inklusi, maka dicari sampel selanjutnya menggunakan cara yang sama.
- e. Catat jumlah anak yang mengalami BBLR pada kelompok kasus.
- f. Memilih kontrol dari tetangga/ tempat paling dekat dengan setiap kasus *stunting*.
- g. Memastikan jumlah anak BBLR pada kelompok kontrol sama dengan jumlah anak BBLR pada kelompok kasus.

## 2.4 Cara Pengumpulan Data



er  
er dalam penelitian ini diperoleh melalui pengukuran langsung  
mendapatkan data tinggi badan anak. Pengukuran dilakukan oleh  
data yang tersedia di salah satu puskesmas hanya mencakup  
2023. Oleh karena itu, peneliti perlu mengukur tinggi badan  
terpilih sebagai sampel selama penelitian berlangsung. Alat  
adalah stadiometer merek Minar yang diproduksi oleh PT.

Bhakti Bersama Roartha (BBR). Alat ini didistribusikan oleh Kementerian Kesehatan RI ke berbagai fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes), termasuk Puskesmas Burau dan Puskesmas Bonepute pada tahun 2023.

Selain itu, peneliti melakukan wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner terstruktur untuk mengumpulkan data mengenai faktor risiko. Setiap kuesioner telah diuji validitas dan reliabilitasnya, baik berdasarkan penelitian sebelumnya maupun oleh peneliti sendiri. Penelitian ini juga melibatkan semua bidan desa di setiap lokasi penelitian untuk memastikan data yang diperoleh lebih akurat dan sesuai dengan tujuan penelitian, karena bidan desa dapat membantu mengomunikasikan pertanyaan yang diajukan peneliti kepada responden. Sebelum wawancara dilakukan, responden menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) yang menyatakan kesediaan responden untuk diwawancarai.

#### 2.4.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data terkait jumlah atau prevalensi *stunting* pada balita yang diperoleh dari Profil Kesehatan Kabupaten Luwu Timur dan hasil SSGI Kabupaten Luwu Timur. Adapun data *by name by address* balita diperoleh dari data e-PPGBM bulan Desember 2023 Puskesmas Burau dan bulan Januari 2024 Puskesmas Bonepute yang diberikan oleh masing-masing penanggung jawab program gizi puskesmas.

## 2.5 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan aplikasi Stata. Adapun langkah pengolahan data, yaitu :

### 2.5.1 Editing

Editing atau pengeditan adalah pemeriksaan data yang telah dikumpulkan (Masturoh dan Nauri 2018). Pengeditan adalah melakukan pengecekan data responden untuk memastikan data telah benar dan sesuai dengan pertanyaan kuesioner.

### 2.5.2 Coding

*Coding* adalah kegiatan mengubah data dalam bentuk huruf menjadi data dalam bentuk angka/bilangan. Dalam menghitung OR, stata hanya bisa menerima angka binary, yaitu angka 1 dan 0. Angka 1 selalu menunjukkan kategori yang sakit atau berisiko tinggi, sedangkan angka 0 menunjukkan kategori tidak sakit atau berisiko rendah, sehingga dalam penelitian ini, variabel penelitian diberi kode sebagai berikut:

#### a. Kejadian *Stunting*

- al
- ing
- Saat Hamil
- 5 tahun
- ahun atau >35 tahun
- an Ibu



- 0 : tidak sekolah/ tidak tamat SD, tamat SD, tamat SMP  
 1 : Tamat SMA, tamat D3, tamat S1
- d. Pekerjaan Ibu  
 0 : Bekerja  
 1 : Tidak bekerja
- e. Status Pernikahan Ibu  
 0 : Bukan janda  
 1 : Janda
- f. Otonomi Ibu  
 0 : Otonomi tinggi  
 1 : Otonomi rendah
- g. Paritas  
 0 : 2-3 kelahiran hidup  
 1 : 1 atau >3 kelahiran hidup
- h. Gangguan Mental Umum Ibu  
 0 : Tidak menderita gangguan mental umum  
 1 : Menderita gangguan mental umum
- i. Keterlibatan Ayah  
 0 : Keterlibatan tinggi  
 1 : Keterlibatan rendah
- j. Kebiasaan Makan Bersama Keluarga  
 0 : Memiliki kebiasaan makan bersama keluarga  
 1 : Tidak memiliki kebiasaan makan bersama keluarga

### 2.5.3 Entry

Melakukan penginputan data pada aplikasi stata sesuai nomor urut responden.

### 2.5.4 Cleaning data

Setelah data terinput, dilakukan pengecekan kembali apakah terdapat data yang tidak lengkap atau kesalahan kode, kemudian dilakukan perbaikan penginputan data.

## 2.6 Analisis Data

### 2.6.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap setiap variabel independen dan dependen sehingga dapat diketahui karakteristik setiap variabel dan memudahkan untuk melakukan analisis bivariat. Hasil analisis disajikan dalam distribusi.

Univariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan dan besar risiko dependen terhadap variabel dependen. Data dianalisis menggunakan *confidence interval* (CI) 95%. Perhitungan OR, yaitu Irmawartini dan Nurhaedah, 2017).



**Tabel 5**  
**Perhitungan Nilai OR untuk Desain Case Control**

| Faktor Risiko | Efek  |         |              |
|---------------|-------|---------|--------------|
|               | Kasus | Kontrol | Jumlah       |
| Ya            | A     | B       | A + B        |
| Tidak         | C     | D       | C+D          |
| Jumlah        | A + C | B + D   | A +B + C + D |

Keterangan :

A = Kasus yang mengalami pajanan

B = Kontrol yang mengalami pajanan

C = Kasus yang tidak mengalami pajanan

D = Kontrol yang tidak mengalami pajanan

Rumus perhitungan *odds ratio* (OR), yaitu :

$$OR = \frac{A/(A + C)}{C/(A + C)} : \frac{B/(B + D)}{D/(B + D)} = \frac{AD}{BC}$$

Interpretasi hasil nilai OR dapat dirincikan sebagai berikut.

- a. Bila  $OR > 1$  berarti bahwa variabel independen yang diteliti merupakan faktor risiko variabel dependen.
- b. Bila  $OR = 1$  berarti bahwa variabel independen yang diteliti bukan merupakan faktor risiko variabel dependen.
- c. Bila  $OR < 1$  berarti bahwa variabel independen yang diteliti merupakan faktor protektif (pencegah terjadinya efek) variabel dependen.

### 2.6.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mempelajari hubungan beberapa variabel atau sub variabel (independen) dengan variabel dependen (Stang, 2018). Analisis multivariat yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda karena variabel dependen dalam bentuk kategorik yang dikotomus (terdiri dari dua kelompok, seperti sehat/sakit, baik/kurang, dan lain-lain). Analisis ini dilakukan untuk mengetahui variabel independen yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen. Prosedur analisis regresi logistik, yaitu sebagai berikut (Riyanto, 2017).

- a. Melakukan seleksi dengan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Jika hasil uji bivariat diperoleh nilai p-value  $\leq 0,25$ , maka variabel tersebut dapat masuk dalam model multivariat. Namun, bisa saja p valuenya  $> 0,25$  tetap dimasukkan multivariat, apabila variabel tersebut secara substansi penting. Variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model untuk mempertahankan variabel yang mempunyai p-value  $\leq 0,05$  dan mengeluarkan variabel yang p-value  $> 0,05$ . Variabel dengan p  $> 0,05$  dikeluarkan secara serentak namun dilakukan secara bertahap dari variabel dengan p-value terbesar. Bila variabel yang masuk tersebut mengakibatkan perubahan besar koefisien (nilai OR)



variabel-variabel yang masih ada (berubah >10%), maka variabel tersebut dimasukkan kembali ke dalam model. Rumus untuk mencari perbedaan OR, yaitu:

$$\text{Perbedaan OR} = \frac{OR\ crude - OR\ adjust}{OR\ adjust} \times 100\%$$

Keterangan :

- OR *crude* : OR variabel dengan tidak masuknya ke dalam model kovariat yang diuji
- OR *adjust* : OR variabel dengan masuknya ke dalam model kovariat yang akan diuji

## 2.7 Penyajian Data

Data yang telah dianalisis disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabulasi silang. Setiap tabel dilengkapi dengan narasi sehingga data yang ditampilkan dapat lebih mudah untuk dipahami.

