

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN  
STUNTING PADA BALITA USIA 24 – 59 BULAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS PASAR MUARALABUH SOLOK SELATAN  
TAHUN 2020**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai  
Salah Satu Syarat untuk Menyelesaikan  
Program Studi S 1 Gizi



**Oleh :**

**ANDRO WANSYAH**

**NIM :1813211117**

**PROGRAM STUDI S 1 GIZI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS  
PADANG  
2020**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**  
**Skripsi**

Faktor Faaktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 24  
– 59 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Solok Selatan Tahun  
2019

Oleh :

**Andro wansyah**  
Nim : 1813211117

Proposal Skripsi ini telah diperiksa, disetujui oleh pembimbing Skripsi dan telah  
dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi Program  
Studi S1 Gizi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang

Padang, Maret 2020  
Menyetujui,

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**(Rahmita Yanti, SKM, M.Kes)**

**(H. Hendra Mukhlis, SE.MPd)**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang**  
**Program Studi S1 Gizi**  
**Ka Prodi**

**(Widia Dara, SP, MP)**

**PERNYATAAN PENGESAHAN PENGUJI**

**SKRIPSI**

Faktor – Factor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia  
24 – 59 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Solok

Selatan Tahun 2020

Tahun 2020

Oleh :

**ANDRO WANSYAH**

Nim : 1813211117

Skripsi ini telah diuji, didepan TIM Penguji Ujian Skripsi Program Studi S1 Gizi  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima  
Padang, Maret 2020

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**(Rahmita Yanti, M.Kes)**

**(H. Hendra Mukhlis, SE.MPd)**

**Dewan Penguji**

**(Wilda Laila, M. Biomed)**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang  
Program Studi S1 Gizi  
Ka Prodi**

**(Widia Dara, SP, MP)**

## HALAMAN PERSEMBAHAN

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu adalah kemudahan dan kelonggaran maka apabila kamu telah menyelesaikan dari suarurusan maka kerjakanlah dengan sungguh - sungguh urusan yang lain dan haya kepada Allah SWT kamu berharap ( qs. Al Insyirah 5 – 6 )

Jangan lah takut menghadapi masalah tapi takutlah tidak mendapatkan pertolongan Allah SWT dalam menghadapinya. Tanpa pertolongan – nya kita akan terus berkelana dalam kesusahan. Persoalan yang berujung persoalan, tanpa nilai tambah bagi dunia dan akhirat benar – benar karunia yang nyata.( KH. Abd. Gymnastiar )

Bertahun – tahun waktu untuk ku melaksanakan pendidikan demi tercapainya cita – cita dan impian yang agung. Dan sekarang langkah – langkah awal dari Cita – cita dan impian yang telah kuraih namun ini bukan akhir dari perjuangan ini adalah awal dari keberhasilan demi menggapai segala asa dan impian – impianku, impian keluarga yang akan ku gapai.

Hari ini aku mendapat senyum yang lega  
dan rasa sukurku kepadamu..... ya Allah.....  
atas hari yang telah engkau janjikan tuk jadi milikku  
karena - mu ya Allah.....

Aku mampu meraih cita – citaku  
Recehan - recehan orang tuaku kumpulkan  
Dari tetesan keringat demi mewujudkan impian ku  
Hingga air mata membasahi pipiku.

Kini.....  
Kupersembah kan karya kecil ini .....  
Untuk ayahhanda dan ibunda tercinta.....  
Sebagai bunga dari do'a dan mutiara dari keringatmu  
Kasih sayang yang begitu tulus dari kesedrhanaan  
Tanpa kenal lelah dan letih demi impian anakmu

Ayah.....

Keringat yang telah engkau cucurkan untukku  
Waktu yang telah engkau habiskan untukku  
Tanpa mengenal siang dan malam  
Ku harap dapat membawaku dalam keberhasilan  
dan kebahagiaan dunia dan akhirat.

Ibu.....

linangan dan air mata mu  
Isak dan tangismu yang membuat pilu  
Untayan do'a do'a dari mu  
Itulah kekuatan ku, dan pelupur lara ku  
\*\*\*\* Terimakasih Ayah..... Ibu.....

Untuk Ibu Rahmita Yanti, SKM, M. Kes, dan Bapak H. Hendra Mukhlis, SE. MPD

terimakasih telah

membimbing dan mengarahkan dan memberikan masukan  
dengan penuh kesabaran seta motivasi sehingga dapat  
menyelesaikan Skripsi ini

siapapun yang merindukan sukses , maka haerus bertanya padadirinya seberapa jauh dan  
sungguh sungguh untuk berjuang karena tiada kesusahan tanpa perjuangan.

By : Andro wansyah,

## **RIWAYAT HIDUP**

Nama : ANDRO WANSYAH  
Tempat/Tanggal lahir : Solok, 12 Desember 1994  
Jenis kelamin : Laki - laki  
Agama : Islam  
Warga Negara : Indonesia  
Alamat : Solok Selatan  
Nama Orang Tua  
a. Ayah : ARWANSYAH  
b. Ibu : ROSMARITA

### **Riwayat Pendidikan :**

1. SD Negeri : Tamat tahun 2007
2. SMPN 1 Solok selatan : Tamat tahun 2010
3. SMA 1 Solok Selatan : Tamat tahun 2013
4. Stikes Perintis Sumatra Barat D III Gizi : Tamat tahun 2017
5. Stikes Perintis Sumatra Barat S 1 Gizi : Tamat tahun 2020

### **Riwayat PBL dan PKL**

1. PBL di Rumah Sakit Bangkinang,
2. PKG di Puskesmas Pasar Muaralabuh
3. PKL di Puskesmas Sebrang Padang

## **PROGRAM STUDI S 1 GIZI**

### **STIKes PERINTIS SUMBAR**

**Skripsi, Maret 2020**

**ANDRO WANSYAH**

**FACTORS RELATED TO STUNTING EVENTS IN CHILDREN AGE 24 - 59  
MONTHS IN THE WORKING AREA OF THE MUARALABUH SOLOK  
SELATAN PUSKESMAS MARKET IN 2019**

**ABSTRACT**

*Stunting is a nutritional problem that adversely affects the quality of life of children in achieving optimal growth and development according to their genetic potential. Stunting is associated with the risk of illness and death, suboptimal brain development so that motor development is delayed and mental growth retardation. The purpose of this study was to determine the factors associated with the incidence of stunting in toddlers aged 24 - 59 months in the Work Area of the Pasar Muaralabuh Solok Selatan Health Center in 2019. The population in this study were all toddlers aged 24-59 months, totaling 98 toddlers. The number of samples is 37 toddlers, with mothers of toddlers as respondents. Sampling in this study is using non probability sampling with accidental sampling approach. The results showed that there was a relationship between birth length ( $p = 0.000$ ), birth weight ( $p = 0.033$ ), exclusive breastfeeding ( $p = 0.000$ ), and birth spacing ( $p = 0.041$ ) on the incidence of stunting. Meanwhile, breastfeeding until the age of 2 years ( $p = 0.249$ ), basic immunization status ( $p = 0.123$ ), number of children ( $p = 0.511$ ), and family economic status ( $p = 1,000$ ) had no relationship to the incidence of stunting. Interventions that focus on maternal and child health are needed to reduce the risk of babies with low birth weight and low birth weight, and to raise awareness of mothers about the importance of exclusive breastfeeding for children through counseling.*

*Keywords: Stunting, Toddler 24-59 Months, Birth Length, Exclusive Breastfeeding*

*Bibliography: 22 (2002 - 2017)*

**FAKTOR–FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN  
STUNTING PADA BALITA USIA 24 – 59 BULAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS PASAR MUARALABUH SOLOK SELATAN TAHUN 2019**

**ABSTRAK**

Stunting merupakan masalah gizi yang dapat mempengaruhi kualitas hidup anak berdasarkan potensi genetiknya untuk mencapai tumbuh kembang yang optimal. Keterlambatan perkembangan dikaitkan dengan risiko penyakit dan kematian, serta perkembangan otak yang buruk, yang menyebabkan keterlambatan perkembangan motorik dan retardasi mental. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada bayi usia 24 sampai 59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Solok Selatan tahun 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi berusia antara 24 dan 59 bulan yang berjumlah 98 bayi. Besar sampel adalah 37 anak balita, dimana ibu dari anak balita adalah respondennya. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode non-probability sampling dan accidental sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara kejadian stunting dengan lama lahir ( $p = 0,000$ ), berat badan lahir ( $p = 0,033$ ), pemberian ASI eksklusif ( $p = 0,000$ ) dan jarak lahir ( $p = 0,041$ ). Sedangkan pemberian ASI sampai usia 2 tahun ( $p = 0,249$ ), status imun dasar ( $p = 0,123$ ), jumlah anak ( $p = 0,511$ ) dan status ekonomi keluarga ( $p = 1,000$ ) tidak berhubungan dengan kejadian stunting Sebelum menyusui sampai usia 2 tahun ( $p = 0,249$ ), status imun dasar ( $p = 0,123$ ), jumlah anak ( $p = 0,511$ ) dan status ekonomi keluarga ( $p = 1,000$ ) tidak berhubungan dengan kejadian stunting. Intervensi kesehatan ibu dan bayi diperlukan untuk mengurangi risiko bayi BBLR dan BBLR, serta meningkatkan kesadaran ibu tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif kepada anak melalui penyuluhan.

Kata kunci: keterlambatan perkembangan, balita 24-59 bulan, lama lahir, ASI eksklusif  
Daftar Pustaka: 22 (2002-2017)



## KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis limpahkan kehadiran Allah SWT, karena atas pertolonganNya, penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada balita usia 24 – 59 bulan di wilayah pasar muaralabuh solok selatan tahun 2019. Tidak lupa shalawat serta salam penulis haturkan kepada Nabi Muhammad SAW beserta keluarga dan sahabat, semoga selalu dapat menuntun penulis pada ruang dan waktu yang lain.

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kep. M.Biomed Selaku Ketua STIKES PERINTIS SUMBAR.
2. Ibu Widia Dara, SP, MP selaku Ketua Program Studi S1 Gizi STIKES PERINTIS SUMBAR.
3. Ibu Rahmita Yanti, SKM M. Kes selaku pembimbing 1.
4. Bapak H.Hendara Mukhlis,SE.MPd selaku pembimbing II.
5. Ibu Wilda Laila, M. Biomed selaku penguji.
6. Dosen pengajar dan seluruh staf Akademik Program Studi S 1 Gizi STIKES PERINTIS SUMBAR.
7. Orang tua dan keluarga tercinta yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta selalu mendoakan untuk perjuangan penulisan Skripsi ini.
8. Teman – teman yang seperjuangan S 1 Gizi STIKES Perintis Sumbar yang telah membantu dalam penulisan Skripsi ini..

Penulisan Skripsi ini penulis menyadari akan keterbatasan kemampuan yang ada, sehingga penulis merasa masih ada belum sempurna baik dalam isi

maupun dalam penyajiannya. Penulis selalu terbuka atas kritik dan saran guna menyempurnakan Skripsi ini.

Penulis mengucapkan terima kasih atas segala bimbingan, pengarahan dari Ibu Rahmitha Yanti, M.Kes selaku pembimbing I dan Bapak H.Hendara Mukhlis,SE.MPd selaku pembimbing II proposal serta berbagai pihak yang penulis terima, sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini.

Padang Maret 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	
<b>HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING</b> .....	i
<b>HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>RIWAYAT HIDUP</b> .....	vi
<b>ABSTRAK</b> .....	vii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ix
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1    Latar Belakang.....	1
1.2    Rumusan Masalah.....	4
1.3    Hipotesis Penelitian .....	4
1.4    Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	5
1.5    Tujuan Penelitian .....	7
1    Tujuan Umum .....	7
2    Tujuan Khusus.....	7
1.6    Manfaat Penelitian .....	9
1    Manfaat Teoritis	9
2    Manfaat Praktis	9
<b>BAB II TINJAWAN PUSTAKA</b>	
2.1    Tujuan Tentang Stunting.....	11
1    Defenisi Stunting.....	11
2    Penentuan Status Gizi Stunting Secara Antropometri .....	11
3    Epidemiologi Stunting.....	14
4    Penyebab Stunting .....	17
5    Dampak Stunting.....	20
6    Pencegahan Dan Pengurangan Stunting.....	22
2.2    Tinjauan Tentang Balita.....	24
1    Pengertian Balita.....	24
2    Krateristik Balita.....	25
3    Kecukupan Energi Dan Protein Balita.....	26
2.3    Kerangka Teori.....	28

2.4	Kerangka Konsep.....	29
-----	----------------------	----

**BAB III METODE PENELITIAN**

3.1	Jenis Dan Lokasi Penelitian.....	31
1	Jenis Penelitian.....	31
2	Lokasi penelitian.....	31
3.2	Pendekatan Penelitian.....	31
3.3	Populasi, Sampel Dan Teknik Pengambilan Sampel.....	32
1	Populasi.....	32
2	Sampel.....	32
3	Teknik Pengambilan Sampel.....	33
3.4	Metode Pengumpulan Data.....	34
1	Data Primer.....	34
2	Data Skunder.....	34
3.5	Intrumen Penelitian.....	35
3.6	Teknik Pengelolaan Data Dan Analisis Data.....	35
1	Teknik Pengelolaan Data.....	35
2	Analisis Data.....	36

**BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

4.1	<i>Gambaran Umum Lokasi Penelitian</i> .....	38
4.2	<i>Hasil Penelitian</i> .....	41
4.4	<i>Pembahasan</i> .....	55

**BAB V PENUTUP**

5.1	Kesimpulan.....	75
5.2	Saran.....	75

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN – LAMPIRAN ANALISIS DATA

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak berdasarkan Indeks TB/U.....	13
Tabel 2.2	Angka Kecukupan Energi dan Protein Menurut Kelompok Umur...	28
Tabel 4.1	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019.....	42
Tabel 4.2	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019...	43
Tabel 4.3	Distribusi Karakteristik Sampel Berdasarkan Umur Balita di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019..	43
Tabel 4.4	Distribusi Karakteristik Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019..	44
Tabel 4.5	Distribusi Karakteristik Sampel Berdasarkan Tinggi Badan Ibu di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019..	44
Tabel 4.6	Distribusi Karakteristik Sampel Berdasarkan Tinggi Badan Ayah di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019..	45
Tabel 4.7	Distribusi Sampel Berdasarkan Panjang Badan Lahir di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019.....	46
Tabel 4.8	Distribusi Sampel Berdasarkan Kategori Panjang Badan Lahir di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019..	46
Tabel 4.9	Distribusi Sampel Berdasarkan Berat Badan Lahir di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019.....	47
Tabel 4.10	Distribusi Sampel Berdasarkan Kategori Berat Badan Lahir di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019...	47
Tabel 4.11	Distribusi Sampel Berdasarkan Pemberian ASI Eksklusif di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019..	48
Tabel 4.12	Distribusi Sampel Berdasarkan Pemberian ASI sampai Usia 2 Tahun di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019.....	49
Tabel 4.13	Distribusi Sampel Berdasarkan Status Imunisasi di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019.....	50
Tabel 4.14	Distribusi Sampel Berdasarkan Jarak Kelahiran di Kabupaten	

	Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019.....	51
Tabel 4.15	Distribusi Sampel Berdasarkan Jarak Kelahiran di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019.....	52
Tabel 4.16	Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anak di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019.....	53
Tabel 4.17	Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anak di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019.....	54
Tabel 4.18	Distribusi Responden Berdasarkan Status Ekonomi Keluarga di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019..	55

# BAB I

## PENDAHULUAN

### Latar Belakang

Stunting merupakan masalah gizi yang dapat mempengaruhi kualitas hidup anak berdasarkan potensi genetiknya untuk mencapai tumbuh kembang yang optimal. Keterlambatan perkembangan dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak kecil. Childhood stunting atau short stunting merupakan akibat dari malnutrisi kronis atau gangguan pertumbuhan di masa lalu dan digunakan sebagai indikator malnutrisi jangka panjang pada anak (Kemenkes, 2015).

Indonesia memiliki jumlah anak stunting terbesar kelima di dunia. Lebih dari sepertiga anak balita berada di bawah rata-rata. Angka stunting nasional Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) tahun 2013 adalah 37,2%, meliputi 18,0% sangat pendek dan 19,2% pendek, meningkat dari tahun 2010 (35,6%) dan 2007 (36,8%). Artinya, sekitar 8 juta anak Indonesia tumbuh dengan buruk, atau sepertiga dari jumlah anak Indonesia.

Prevalensi stunting di Indonesia lebih tinggi dibandingkan negara lain di Asia Tenggara, seperti Myanmar (35%), Vietnam (23%) dan Thailand (16%) [MCA Indonesia, 2014].

Dalam kasus stunting di bawah usia 5 tahun, Sumatera Barat mengalami gangguan kesehatan masyarakat yang serius. Data Riskesdas Provinsi Sumatera Barat menunjukkan bahwa prevalensi stunting tertinggi pada tahun 2018 terjadi pada anak usia 24-59 bulan, sedangkan anak pada rentang usia 0-24 bulan merupakan yang terbesar.

Pada kelompok umur 24-59 bulan, prevalensi stunting pada anak sebesar 46,7%, pada kelompok umur 35-48 bulan sebesar 47,3%, dan pada kelompok umur 38-49 bulan sebesar 37,4%. Penelitian oleh Ramli et al. (2009) menunjukkan bahwa pada anak usia 24-59 bulan prevalensi stunting dan stunting berat lebih tinggi, yaitu 50% (koma) dan 24% (stunting berat).

Malnutrisi dan stunting adalah dua masalah gizi yang belum terselesaikan. Ada beberapa rencana pemerintah untuk mengatasi malnutrisi dan stunting.

Sebagaimana tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015, perbaikan gizi dan penurunan prevalensi stunting pada anak di bawah dua tahun (baduta) dari 32,9% pada 2018 menjadi 28% pada 2019 merupakan salah satu prioritas pembangunan nasional- 2019.

Keterlambatan perkembangan pada anak kecil memerlukan perhatian khusus, karena dapat mengakibatkan perkembangan fisik anak, perkembangan mental dan status kesehatan anak menjadi terhambat. Studi terbaru menunjukkan bahwa anak-anak dengan perkembangan terhambat berhubungan dengan kinerja sekolah yang buruk, pendidikan yang rendah dan pendapatan orang dewasa yang rendah.

Anak-anak yang terhambat lebih mungkin untuk tumbuh menjadi orang dewasa yang tidak sehat dan miskin. Childhood stunting juga terkait dengan meningkatnya kerentanan anak terhadap penyakit menular dan penyakit tidak menular (PTM), dan kasus child stunting dapat dijadikan indikator rendahnya kualitas sumber daya manusia di negara tersebut.

Kondisi terhambat menyebabkan kemampuan kognitif yang buruk, produktivitas yang rendah dan peningkatan risiko penyakit, yang menyebabkan kerugian jangka panjang bagi perekonomian Indonesia

Biasanya asupan nutrisi disebabkan oleh asupan makanan yang tidak mencukupi. Memberikan energi bagi tubuh manusia dan merupakan nutrisi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, termasuk energi dan protein. Keterlambatan perkembangan tidak hanya disebabkan oleh satu faktor, tetapi juga oleh banyak faktor yang saling terkait.

Faktor utama yang menyebabkan keterlambatan perkembangan yaitu, asupan makanan yang tidak seimbang (terkait dengan zat gizi dalam makanan yaitu protein dan energi), riwayat berat badan lahir rendah dan riwayat penyakit (UNICEF, 2007).

Status gizi TB / U memberikan indikasi adanya masalah gizi kronis yang disebabkan oleh kemiskinan, pola makan yang buruk, dan pola hidup sehat setelah lahir yang menyebabkan anak pendek. Karakteristik keluarga yaitu pendapatan keluarga berhubungan dengan kejadian stunting pada anak usia 6-12 bulan (Astari et al., 2005)



Faktor risiko lain untuk stunting adalah berat badan lahir rendah. Hasil penelitian Paudel et al. Dalam Nepal (2012) menunjukkan bahwa berat badan lahir rendah merupakan faktor risiko keterlambatan perkembangan, dan risiko keterlambatan perkembangan pada anak dengan berat badan lahir rendah adalah 4,47 kali lipat dari pada anak dengan berat badan lahir normal.

Selain berat badan saat lahir, lama waktu lahir merupakan faktor risiko lain terjadinya stunting. Penelitian Meilyasari dan Isnawati (2014) menunjukkan bahwa lama lahir merupakan faktor risiko keterlambatan tumbuh kembang yaitu 16,43 kali lebih besar dibandingkan dengan anak dengan lama lahir normal.

Selain itu menurut penelitian Neldawati (2013) status imunisasi anak merupakan salah satu indikator kontak dengan pelayanan kesehatan. Status imun berhubungan bermakna dengan indeks status gizi tuberkulosis / umur.

Di Puskesmas Pasar Muaralabuh di wilayah Kabupaten Solok Selatan. Jumlah balita dengan pertumbuhan terhambat antara 24 dan 59 bulan merupakan 37,37% dari jumlah keseluruhan anak, tertinggi diantara puskesmas lain di Solok Selatan. Berdasarkan survei pendahuluan abses Solok Selatan pada September 2018, ditemukan 56 balita mengalami stunting. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk mempelajari kejadian stunting pada anak usia 24 sampai 59 bulan di Puskesmas Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019.

#### B. Rumusan Masalah

Tahun 2019, di Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan apakah terdapat asupan gizi, waktu lahir anak, berat badan lahir anak, berat badan lahir anak, pemberian ASI eksklusif, status ekonomi keluarga dan 24-59. Faktor yang berhubungan dengan imunisasi anak usia sebulan.

#### C. Hipotesis Penelitian

- 1 Ada hubungan lama lahir dengan kejadian stunting pada anak usia 24 sampai 59 bulan di Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019.
- 2 Ada hubungan antara berat badan lahir balita dengan kejadian stunting 24-59 bulan di Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019
- 3 Pada tahun 2019, di Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan terdapat hubungan antara pemberian ASI Eksklusif dengan terjadinya

stunting pada anak usia 24-59 bulan.

- 4 Pada tahun 2019 di Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan terdapat hubungan antara pemberian ASI selama 2 tahun dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan.
- 5 Ada hubungan antara status imunisasi Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019 dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan
- 6 Pada tahun 2019 terdapat korelasi antara interval perkembangan dengan kejadian stunting pada bayi usia 24-59 bulan di Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan.
- 7 Pada tahun 2019, di Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan, terdapat hubungan antara jumlah anak dengan kejadian keterlambatan perkembangan pada anak usia 24-59 bulan.
- 8 Pada tahun 2019 tepatnya tahun 2017 di Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan terdapat hubungan antara status keuangan keluarga dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan.

#### D. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Pengoperasian variabel dalam penelitian ini didefinisikan sebagai berikut: 1. Keterlambatan perkembangan Keterlambatan perkembangan adalah kondisi gizi berdasarkan indeks panjang tubuh (PB / U) atau tinggi usia (tinggi / umur) berdasarkan usia, dan ambang batas (skor z)  $< -2$  standar deviasi (SD). Penundaan perkembangan: jika skor z  $< -2$  SD Stunting: Jika skor z  $\geq -2$  SD (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1995 / Menkes / SK / XII / 2010)

#### 2. Panjang Badan Lahir

Tinggi badan saat lahir merupakan riwayat panjang badan anak berdasarkan telaah data dan wawancara dari Puskesmas / KIA / KMS. Penjelasan Singkat: Panjang bayi lahir  $\leq 48$  cm. Tidak pendek: jika anak lahir, panjangnya  $> 48$  cm.

#### 3. Berat Badan Lahir

Berat badan lahir adalah riwayat berat badan lahir anak, berdasarkan Wawancara dan komentar atas data review dalam buku Pushesmas / KIA / KMS.

Berat: Jika berat badan bayi saat lahir  $<2500$  gram atau 2,5 Tanpa berat: Jika berat bayi  $\geq 2500$  gram atau 2,5 saat lahir

#### 4. Status pemberian ASI Eksklusif

Menurut wawancara dengan narasumber, pemberian ASI Eksklusif (ASI) adalah ASI yang diberikan sejak enam bulan pertama kelahiran bayi, tanpa menambah dan / atau menggantinya dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin dan mineral). Pemberian ASI Eksklusif: Jika anak hanya menerima ASI selama 6 bulan pertama Pemberian ASI Non Eksklusif: Jika makanan dan minuman yang dikonsumsi anak dalam 6 bulan pertama bukan ASI, (PP No. 33 tahun 2012)

#### 5. Pemberian ASI sampai dengan 2 Tahun

Menyusui sampai 2 tahun adalah menyusui selain MP (Makanan tambahan) Pemberian ASI untuk anak di bawah 2 tahun berdasarkan wawancara dengan responden. Menyusui selama 2 tahun: Jika bayi telah disusui selama 2 tahun atau lebih. Non-ASI 2 tahun: Jika bayi menyusu kurang dari 2 tahun

Jarak Kelahiran mengacu pada jarak antara anak yang lahir dan anak sebelumnya. Berdasarkan wawancara dengan responden. Jauh: Jika jarak lahir anak  $> 2$  tahun: Jika jarak lahir anak  $\leq 2$  tahun (Mutia Ayuningtias, 2016)

#### 7. Status Ekonomi Keluarga

Status ekonomi keluarga mengacu pada pendapatan yang diperoleh keluarga responden untuk menghidupi keluarga setiap bulan yang diukur dengan kuesioner berdasarkan wawancara dengan responden.

### E. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019.

#### 2. Tujuan khusus

Satu jenis Mempelajari distribusi frekuensi stunting pada anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019.

Mempelajari distribusi frekuensi asupan gizi (energi dan protein) anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan Tahun 2019

Mempelajari distribusi frekuensi lama lahir bayi usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019.

Mempelajari distribusi frekuensi berat badan lahir bayi usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan Tahun 2019

Mempelajari distribusi frekuensi pemberian ASI Eksklusif pada anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019.

Mempelajari distribusi frekuensi imunisasi dasar untuk anak usia 24-59 bulan di Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019

Frekuensi status ekonomi anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019.

Mempelajari kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019.

Mempelajari hubungan antara asupan gizi (energi dan protein) anak usia 24 hingga 59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan Tahun 2019 dengan kejadian stunting.

Mempelajari hubungan lamanya anak di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan Tahun 2019 dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan.

Memahami hubungan faktor berat badan lahir dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan Tahun 2019.

Memahami hubungan faktor pemberian ASI Eksklusif dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan Tahun 2019

Memahami hubungan faktor imun dasar dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019. .

Memahami hubungan faktor ekonomi keluarga dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan Tahun 2019.

#### F. Manfaat Penelitian

##### 1. Manfaat teoretis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi atau kontribusi terhadap perkembangan ilmu pengetahuan dan aplikasinya, khususnya wawasan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan.

##### 2. Manfaat Praktis

###### Bagi Masyarakat

Hasil penelitian diharapkan dapat menginformasikan kepada masyarakat. Dapat dijadikan masukan khususnya bagi calon orang tua dan orang tua anak dengan keterlambatan perkembangan.

###### Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat menginformasikan kepada masyarakat. Dapat dijadikan masukan khususnya bagi calon orang tua dan orang tua anak dengan keterlambatan perkembangan

###### Bagi Institusi Kesehatan Setempat

Hasil penelitian diharapkan bermanfaat bagi masyarakat. Dapat dijadikan masukan khususnya bagi calon orang tua dan orang tua anak dengan keterlambatan perkembangan

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Tinjauan tentang *Stunting***

##### **1 Definisi *Stunting* (Kependekan)**

Stunting atau malnutrisi adalah bentuk lain dari kegagalan pertumbuhan. Malnutrisi kronis adalah penyakit yang sudah berlangsung lama, berbeda dengan malnutrisi. Anak-anak dengan perkembangan terhambat biasanya tampak memiliki proporsi tubuh yang normal, namun kenyataannya tinggi badan mereka lebih pendek dari tinggi normal anak-anak pada usia yang sama.

Stunting adalah proses kumulatif karena asupan nutrisi yang tidak mencukupi atau wabah penyakit menular berulang atau keduanya. Stunting juga dapat terjadi sebelum kelahiran karena kurangnya asupan gizi selama kehamilan, pola makan yang buruk, dan kualitas makanan yang buruk, hal ini sejalan dengan frekuensi infeksi dan dapat menghambat pertumbuhan (UNICEF, 2013).

##### **2 Penentuan Status Gizi Stunting secara Antropometri**

Penilaian status gizi merupakan interpretasi data yang diperoleh dengan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi kelompok atau individu yang berisiko atau memiliki status gizi buruk. Metode penilaian status gizi dibagi menjadi dua kategori: pertama, metode langsung, yang dibagi menjadi empat penilaian: penilaian manusia, penilaian klinis, biokimia dan biofisik. Kedua, metode tidak langsung meliputi survei konsumsi pangan, faktor ekologi dan statistik vital (Syarifaini, 2013).

Namun pada masalah ini akan dibahas penggunaan metode antropometri untuk mengetahui secara langsung status gizi penderita displasia. Antropometri dapat digunakan sebagai indikator status gizi yang dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter antara lain: umur, berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran pinggul dan ketebalan lemak di bawah kulit. Parameter antropometri merupakan dasar untuk menilai status gizi (Supriasa, 2013).

Tinggi badan merupakan pengukuran antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan tulang. Dalam keadaan normal, tinggi badan akan bertambah seiring bertambahnya usia. Berbeda dengan berat badan, penambahan tinggi badan relatif kurang sensitif terhadap malnutrisi dalam waktu singkat. Pengaruh defisiensi gizi terhadap tinggi badan akan muncul dalam jangka waktu yang relatif lama (Supriasa, 2013).

Kombinasi beberapa parameter tersebut disebut dengan indeks antropometri. Beberapa indikator antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB / U), tinggi badan menurut umur (TB / U), dan berat badan untuk tinggi badan (BB / TB) (Supriasa, 2002). Untuk mengetahui apakah balita mengalami stunting, indikator yang digunakan adalah tinggi badan / umur.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan / MENKES / SK / XII / 2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak, pengertian yang singkat dan sangat singkat adalah status gizi, yang didasarkan pada umur badan (PB / U) atau umur. Indeks tinggi badan), yang setara dengan istilah kerdil (pendek) dan sangat kerdil (sangat pendek). Ketika seorang anak kecil mengukur tinggi badannya dan membandingkannya dengan standar dan hasilnya lebih rendah dari biasanya, dia akan melihat anak-anak pendek (pendek dan gemuk) dibandingkan dengan standar MGRS WHO, status gizi anak-anak tersebut. Itu didasarkan pada usia, tinggi atau tinggi.

(Studi referensi pertumbuhan multi-pusat) Pada tahun 2005 skor z kurang dari -2SD, dan jika skor z kurang dari -3SD tergolong sangat pendek (Infodatin, 2017). Berikut adalah kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks TB / U.

Tabel 2.1

Kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks TB/U

Indeks	Kategori status Gizi	Ambang batas (2 – 5 core)
Tinggi badan menurut umur (TB/U) anak umur 0 – 60 bulan	Sangat pendek	< -3
	Pendek	-3 sampai dengan <-2 SD
	Normal	-2 asampai dengan 2 SD
	Tinggi	>2 SD

Sumber : Kemenkes RI, 2011

Pengukuran tinggi badan untuk anak balita yang sudah dapat berdiri dilakukan dengan menggunakan alat pengukur tinggi mikrotoa (*microtoise*) yang mempunyai ketelitian 0,1 cm (Supariasa et al. 2013). Pengukuran antropometri (asupan zat gizi energi, protein, berat badan lahir anak, panjang badan lahir anak, pemberian ASI eksklusif, imunisasi dasar dan status ekonomi keluarga) sebenarnya sangat mudah dilakukan namun juga sekaligus rawan terhadap bias dan *error data*. Untuk menghindari bias dan *error data* maka hal yang perlu diperhatikan adalah kualitas alat yang digunakan dan ketelitian pewawancara dalam melakukan pengukuran.

### 3 Epidemiologi *Stunting*

Menurut Risksdas tahun 2013, angka *stunting* pada anak usia 5 sampai 12 tahun secara nasional adalah 30,7%, dimana 12,3% sangat pendek dan 18,4% pendek. Angka prevalensi di 15 provinsi di Indonesia lebih tinggi dari angka prevalensi nasional (12,3%)

Disribusi *Stunting* menurut orang

#### 1) Distribusi Menurut Umur

Menurut umur, kejadian gizi buruk tertinggi pada kelompok umur 48-59 bulan (16,7%), dan terendah pada kelompok umur 0-5 bulan (7,2%). Berdasarkan status gizi balita dengan pertumbuhan terhambat, prevalensi tertinggi terdapat pada kelompok umur 48-59 bulan (22,0%), dan terendah pada kelompok umur 0-5 bulan (10,8%). Sedangkan status gizi balita sangat pendek, prevalensi tertinggi 24-35 bulan (20,6%), dan terendah 0-5 bulan (14,1%) (Risksdas, 2013).



Menurut penelitian Martorell et al. Dalam Astari (2014), keterlambatan perkembangan linier setelah lahir dimulai pada tiga bulan pertama setelah lahir yaitu periode saat menyusui menurun, suplemen makanan, dan kepekaan terhadap infeksi dimulai. Dalam studi Rosha et al. (2013) menunjukkan bahwa usia merupakan faktor internal yang mempengaruhi kejadian stunting pada anak. Cukup untuk memungkinkan anak memenuhi kebutuhan nutrisinya, sehingga mencegah keterlambatan perkembangannya.

Hasil analisis regresi logistik menunjukkan bahwa dibandingkan dengan anak usia 13-23 bulan (OR = 0,59, 95% CI; 0,44-0,79), anak usia 0-12 bulan memiliki risiko perlindungan atau keterlambatan perkembangan 41% lebih rendah. Hal ini diduga karena pada usia 0-6 bulan ibu akan memberikan ASI Eksklusif yang dapat memperkuat daya tahan tubuh anak, sehingga anak dapat terhindar dari penyakit infeksi, setelah usia 6 bulan anak akan tertular. Kuantitas dan frekuensi makanan tambahan

2. Berdasarkan penelitian di beberapa negara, data WHO (2005-2012) menunjukkan bahwa di negara miskin dan berkembang, prevalensi stunting pada usia lima tahun ke bawah lebih rendah dibandingkan laki-laki yaitu masing-masing 27,0% dan 30,9%. Sebuah studi oleh Mahgoup (2013) di daerah kumuh menunjukkan bahwa anak laki-laki memiliki kejadian berat badan kurang dan pendek secara signifikan lebih tinggi daripada anak perempuan..

Hasil Risksdas tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi gizi kurang pada balita lebih tinggi pada laki-laki yaitu 14,0%, sedangkan pada perempuan sebesar 13,8%. Sementara itu, tidak ada perbedaan hasil yang diperoleh untuk status gizi balita dengan indeks TB / U. Angka kejadian stunting pada balita pada laki-laki 19,3% lebih tinggi dibandingkan pada perempuan, yaitu 19,1% pada perempuan. Prevalensi balita pendek pada laki-laki 18,8% lebih tinggi dibandingkan pada perempuan (17,1%). Sejalan dengan pernyataan di atas, dalam studi Rosha et al. (2009) melakukan analisis regresi logistik, dan hasilnya menunjukkan bahwa anak perempuan memiliki efek perlindungan atau risiko keterlambatan perkembangan 29% lebih rendah daripada anak laki-laki ( $p = 0,03$ ) atau OR = 0,71 (95% CI; 0, 53-0,96)

Diduga, hal ini disebabkan faktor kecemasan atau kekhawatiran sang ibu serta kedekatan hubungan antara ibu dan putrinya. Anak perempuan dianggap anak yang lebih lemah, sehingga mendapat perhatian lebih dari anak laki-laki yang dianggap lebih kuat. Selain itu, anak laki-laki cenderung memiliki aktivitas permainan yang lebih aktif daripada anak perempuan, dan oleh karena itu melepaskan banyak energi.

### 3) Distribusi menurut faktor sosial ekonomi

Salah satu faktor yang mempengaruhi gizi buruk pada balita adalah tingkat pendapatan atau status sosial ekonomi keluarga. Data yang diperoleh WHO (2005-2012) menunjukkan bahwa prevalensi stunting pada pria dan wanita di negara miskin lebih tinggi dibandingkan di negara berkembang.

Di negara miskin, prevalensi perempuan 30,0%, dan di negara berkembang 21,1%. Angka prevalensi laki-laki di negara miskin 41,7% sedangkan di negara berkembang 24,1%. Hasil survei risiko tahun 2013 menunjukkan bahwa kejadian gizi buruk tertinggi terjadi pada lansia yang merupakan petani / nelayan / pekerja yaitu sebesar 15,8%. Berdasarkan kuintil indeks kepemilikan, kejadian gizi buruk tertinggi, sedangkan kuintil terendah 17,8%

Berdasarkan prevalensi status gizi balita dengan indeks TB / U yang sama, angka tertinggi ditemukan pada jenis pekerjaan orang tua petani / pekerja, yaitu masing-masing sebesar 20,6% (sangat kekurangan) dan 21,7% (kurang). Berdasarkan kuintil indeks kepemilikan, prevalensi tertinggi adalah kuintil terendah yaitu 25,2% (sangat pendek) dan 23,2% (pendek). Prevalensi anak yang tinggal di perdesaan lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang tinggal di perkotaan.

### 4. Penyebab Stunting

Keterlambatan perkembangan bisa disebabkan oleh banyak faktor. WHO (2013) mengklasifikasikan penyebab stunting pada anak menjadi empat kategori besar, yaitu faktor keluarga dan faktor keluarga, makanan pendamping / pendamping yang tidak mencukupi, ASI dan infeksi. Faktor keluarga dan keluarga dibagi lagi menjadi faktor ibu dan faktor lingkungan keluarga.

Faktor maternal antara lain kurang gizi sebelum hamil, hamil dan menyusui, tinggi badan ibu rendah, infeksi, kehamilan remaja, kesehatan mental, intrauterine

growth restriksi (IUGR), persalinan prematur, kehamilan pendek dan tekanan darah tinggi.

Faktor lingkungan keluarga meliputi stimulasi dan aktivitas yang tidak memadai untuk anak-anak, perawatan yang tidak memadai, sanitasi dan tenaga air yang tidak memadai, akses dan pasokan makanan yang tidak memadai, distribusi makanan keluarga yang tidak tepat, dan tingkat pendidikan yang rendah untuk pengasuh.

Faktor kedua penyebab stunting adalah makanan pendamping yang tidak mencukupi, yang terbagi menjadi tiga kategori, yaitu makanan berkualitas rendah, cara pengiriman yang kurang memadai, dan keamanan makanan dan minuman. Pangan inferior dapat berupa pangan bermutu mikronutrien rendah, ragam pangan yang luas, pangan sumber hewani rendah, pangan non gizi, dan pangan pendamping dengan kandungan energi rendah

Metode pemberian makan yang tidak mencukupi meliputi: frekuensi makan rendah, pemberian makan tidak mencukupi selama dan setelah sakit, konsistensi makanan tinggi, dan jumlah makan rendah. Keamanan makanan dan minuman mungkin termasuk makanan dan minuman yang terkontaminasi, kebersihan yang buruk, penyimpanan yang tidak aman, dan persiapan makanan.

Faktor ketiga yang dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan adalah kesalahan pemberian ASI yang disebabkan karena terlambat mulai, pemberian ASI tidak eksklusif, dan penghentian pemberian ASI secara dini. Faktor keempat adalah infeksi klinis dan subklinis, seperti infeksi usus, diare, enteropati lingkungan, infeksi cacangan, infeksi saluran pernafasan, malaria, kehilangan nafsu makan dan peradangan yang disebabkan oleh infeksi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nasikhah (2012) pada anak umur 24 - 36 bulan, didapatkan hasil bahwa terdapat banyak faktor yang mempengaruhi keterlambatan perkembangan yaitu tinggi badan orang tua, rendahnya tingkat pendidikan ayah dan rendahnya pendapatan perkapita. Mamiro (2005) juga melakukan penelitian serupa pada anak usia 3-23 bulan di Tanzania Hasil penelitian menunjukkan bahwa malaria, BBLR (BBLR), pendapatan keluarga rendah, dan IMT ibu (indeks massa tubuh) rendah. Faktor risiko penyakit. Anak-anak terhambat.

Berat badan lahir rendah dan indeks massa tubuh ibu yang rendah adalah dua faktor risiko terkuat untuk stunting. Menurut penelitian Senbanjo (2011) pada anak usia 5-19 tahun ditemukan beberapa faktor yang menjadi faktor risiko keterlambatan perkembangan, antara lain anak bersekolah di sekolah umum, keluarga berpoligami, pendidikan orang tua yang rendah dan kelas sosial yang rendah.

Dibandingkan dengan faktor risiko lain, tingkat pendidikan ibu hamil yang rendah merupakan faktor risiko tertinggi terjadinya stunting. Menurutnya, hal tersebut mungkin karena ibu yang berpendidikan lebih tinggi cenderung memiliki status keuangan yang lebih baik dan dapat meningkatkan pendapatan keluarga. Hal ini memungkinkan keluarga dalam strata sosial yang lebih tinggi untuk menikmati gizi keluarga yang lebih baik.

Sedangkan menurut penelitian Olukamakaiye (2013) pada anak sekolah, asupan makanan berpengaruh terhadap kejadian stunting. Penelitiannya menunjukkan bahwa anak-anak dengan jenis makanan yang sedikit merupakan faktor risiko terjadinya stunting

Olukamakaiye juga mendukung bahwa sekolah negeri memiliki lebih banyak anak dengan stunting daripada sekolah swasta. Hal ini disebabkan malnutrisi yang disebabkan oleh rendahnya keanekaragaman jenis pangan. Stunting akan sangat berpengaruh pada kesehatan dan pertumbuhan anak.

Faktor dasar yang menyebabkan keterlambatan perkembangan dapat mengganggu tumbuh kembang kecerdasan. Penyebab stunting adalah berat badan kurang, pemberian ASI yang tidak mencukupi, dan suplementasi yang tidak tepat. Menurut penelitian, sebagian besar anak stunting mengonsumsi makanan di bawah tingkat gizi yang direkomendasikan, yang berasal dari keluarga miskin dengan jumlah keluarga yang besar yang tinggal di masyarakat pinggiran kota dan pedesaan (Gibson, 2009).

Stunting dapat mengindikasikan keterlambatan perkembangan; stunting dapat mengindikasikan keterlambatan perkembangan akibat kekurangan gizi dalam kandungan, yang berarti ibu yang kurang gizi sejak awal kehamilan hingga persalinan dapat melahirkan anak dengan BBLR yang juga terhambat.

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa terdapat korelasi antara BBLR dengan kejadian stunting di bawah usia 5 tahun, yang artinya anak yang lahir di bawah usia 5 tahun memiliki peluang lahir di bawah usia 5 tahun lebih kecil dibandingkan dengan anak dengan berat badan normal (Mugni, 2012).

Keterlambatan perkembangan pada anak merupakan faktor risiko yang meningkatkan mortalitas, kemampuan kognitif, perkembangan motorik rendah, dan ketidakseimbangan fungsi fisik (Allen & Gillespie, 2001). Stunting menggambarkan kondisi malnutrisi jangka panjang, dan butuh waktu bagi anak untuk berkembang dan pulih.

Hasil beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa anak dengan berat badan lahir rendah dan usia kehamilan rendah memiliki nilai IQ yang lebih rendah, kemampuan lisan yang buruk, kemampuan membaca yang lebih rendah, dan prestasi sekolah yang buruk (Gibney, 2009)

#### 5. Dampak Stunting

Keterlambatan perkembangan dapat mempengaruhi kelangsungan hidup anak. WHO (2013) mengklasifikasikan efek stunting menjadi efek jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek stunting adalah dampaknya terhadap bidang kesehatan yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kematian dan kesakitan, berupa penurunan perkembangan kognitif, motorik dan bahasa di bidang pembangunan, dan berupa peningkatan pengeluaran kesehatan di bidang ekonomi.

Keterlambatan perkembangan juga dapat berdampak jangka panjang pada perawakan pendek, peningkatan risiko obesitas dan penyakit penyerta, serta penurunan kesehatan reproduksi, berupa penurunan prestasi dan kemampuan belajar di bidang pembangunan, serta kemampuan dan kemampuan kerja di bidang ekonomi. Bentuk penurunan memiliki efek jangka panjang

Menurut studi Hoddinott et al. (2013) menunjukkan bahwa stunting di bawah usia 2 tahun dapat mempengaruhi kinerja sekolah, putus sekolah, perawakan pendek dan penurunan kekuatan genggam sebesar 22%. Stunting pada usia dua tahun di masa dewasa juga mempengaruhi orang dewasa, yang pendapatan per kapita rendah, dan juga meningkatkan kemungkinan mereka untuk menjadi miskin.

Stunting juga terkait dengan kehamilan berikutnya dan penambahan jumlah anak, sehingga Houdinot menyimpulkan bahwa pertumbuhan stunting dini akan berdampak negatif pada kehidupan masyarakat, masyarakat dan perekonomian. Dampak stunting terhadap kinerja sekolah juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Perignon et al. (2014) Cocok untuk anak usia 6-16. Perignon menemukan bahwa anak dengan stunting sedang dan berat memiliki kecerdasan kognitif yang lebih rendah daripada anak normal

Stunting juga terkait dengan kehamilan susulan dan peningkatan jumlah anak, sehingga Houdinot menyimpulkan bahwa pertumbuhan stunting dini akan berdampak negatif pada kehidupan masyarakat, masyarakat dan perekonomian. Dampak stunting terhadap kinerja sekolah juga didukung oleh penelitian Perignon et al. (2014) Cocok untuk anak usia 6-16. Perignon menemukan bahwa anak dengan displasia sedang dan berat memiliki kecerdasan kognitif yang lebih rendah daripada anak normal

#### 6. Pencegahan dan Penanggulangan Stunting

Masa paling kritis untuk melawan keterlambatan perkembangan dimulai sejak janin dalam kandungan sampai anak berumur 2 tahun, disebut masa emas (seribu hari pertama kehidupan). Oleh karena itu, pada seribu hari pertama setelah lahir, yaitu 270 hari masa kehamilan dan 730 hari pertama kehidupan bayi, perlu diutamakan perbaikan gizi. Pencegahan dan pengendalian stunting paling efektif dalam beberapa ribu hari pertama kehidupan, termasuk:

- a). Pada ibu hamil
  - 1) Peningkatan gizi dan kesehatan ibu hamil merupakan cara terbaik untuk mengatasi stunting. Wanita hamil membutuhkan makanan yang baik. Jika ibu hamil sangat kurus atau mengalami kekurangan energi kronis (KEK), ibu hamil perlu diberi makanan tambahan. .
  2. Setiap ibu hamil perlu mengonsumsi tablet yang mengandung darah, minimal 90 tablet selama kehamilan.
  - 3) Kesehatan ibu hamil dan berbaring harus dijaga agar ibu tidak sakit saat melahirkan
  - 4) Persalinan dilakukan dengan bantuan bidan atau dokter yang terlatih, setelah bayi lahir, dilakukan IMD (early start of breastfeeding).
  - 5) Bayi di bawah usia

6 bulan hanya diberi ASI (ASI Eksklusif) bayi dari usia 6 bulan hingga 2 bulan .

7) Bayi dan anak-anak menerima kapsul vitamin A, penyakit asap, dan kekebalan dasar lengkap.

Pemantauan status pertumbuhan balita di Bonyandu merupakan tugas strategis yang bertujuan untuk mendeteksi gangguan tumbuh kembang sejak dini. Setiap keluarga wajib menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), termasuk meningkatkan akses terhadap fasilitas air bersih dan sanitasi, serta menjaga kebersihan lingkungan.

PHBS mengurangi kejadian penyakit, terutama penyakit infeksi. Penyakit infeksi dapat mentransfer energi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan ke daya tahan tubuh terhadap infeksi, sehingga menyulitkan tubuh untuk menyerap nutrisi dan menghambat perkembangan (Infodatin, 2017).

Masalah gizi secara langsung disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dan gangguan kesehatan. Selain itu, masalah asupan gizi dan kesehatan merupakan dua hal yang saling mempengaruhi. Dampak tidak langsung tersebut adalah ketersediaan pangan, cara pengasuhan dan penyediaan air minum bersih, sanitasi dan pelayanan kesehatan. Semua faktor penyebab tersebut dipengaruhi oleh beberapa alasan mendasar yaitu sistem, politik dan ideologi, kebijakan ekonomi, sumber daya, lingkungan, teknologi dan kependudukan. .

Berdasarkan faktor-faktor penyebab terjadinya masalah gizi, dilakukan dua cara untuk perbaikan gizi yaitu langsung (kegiatan spesifik) dan tidak langsung (kegiatan sensitif). Dinas Kesehatan biasanya melakukan beberapa kegiatan khusus, seperti melakukan PMT ibu hamil di KEK, pemberian suplemen darah, melakukan tes kehamilan, melakukan imunisasi TT, dan pemberian vitamin A untuk ibu nifas.

Untuk bayi dan balita, mulai IMD, ASI Eksklusif, pemberian vitamin A, pemantauan tumbuh kembang, imunisasi dasar dan pemberian makanan tambahan. Pada saat yang sama, kegiatan sensitif melibatkan departemen terkait seperti pengentasan kemiskinan, penyediaan pangan, kesempatan kerja, dan perbaikan infrastruktur (pembangunan jalan, pasar). .

Kegiatan perbaikan gizi ditujukan untuk mencapai pertumbuhan yang optimal. Menurut penelitian yang dilakukan pada tahun 2005 oleh Multicentre Growth

Reference Study (MGRS) (yang kemudian menjadi dasar standar pertumbuhan internasional), pertumbuhan anak sangat ditentukan oleh status sosial ekonomi, riwayat kesehatan, pemberian ASI dan pemberian makanan bantuan. Untuk mendapatkan pertumbuhan yang terbaik, anak perlu mendapatkan gizi yang baik dan mendapat dukungan dari kesehatan lingkungan.

## B. Tinjauan Tentang Balita

### 1. Pengertian Balita

Anak di bawah usia lima tahun atau biasa disingkat dengan anak di bawah usia lima tahun adalah anak yang berusia di atas satu tahun atau lebih, yang sangat populer di kalangan anak balita, atau biasanya dihitung jumlah bulannya, yaitu 12-59. Umur bulan. Para ahli menggolongkan anak usia dini sebagai tahap perkembangan anak yang rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit yang disebabkan oleh asupan gizi jenis tertentu yang kurang atau berlebihan. Setiap tahun, lebih dari sepertiga kematian anak di dunia terkait dengan gizi buruk (Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Balita adalah istilah umum untuk usia 1-3 tahun (anak-anak) dan anak prasekolah (3-5 tahun). Sebagai balita, anak masih mengandalkan sepenuhnya orang tuanya untuk melakukan aktivitas penting seperti mandi, buang air besar dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan telah ditingkatkan. Namun, kemampuan lainnya masih terbatas. Anak usia dini merupakan periode penting dalam proses perkembangan manusia.

Perkembangan dan pertumbuhan pada saat itu sangat menentukan keberhasilan tumbuh kembang anak pada periode selanjutnya. Masa tumbuh kembang pada kelompok umur ini merupakan masa kejadian yang cepat dan tidak akan pernah terulang kembali karena sering disebut dengan masa keemasan atau golden age (Uripi, 2004).

### 2. Karakteristik Balita

Menurut karakteristiknya, balita dibagi menjadi dua kategori yaitu anak usia 1-3 tahun (toddlers) dan anak prasekolah. Anak usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif, artinya anak akan mendapatkan makanan dari ibunya. Laju pertumbuhan pada masa bayi lebih tinggi dibandingkan dengan anak prasekolah sehingga membutuhkan makanan dalam jumlah yang relatif banyak.



Namun, perut yang kecil akan menyebabkan makanan diterima lebih sedikit makanan dibandingkan anak yang lebih besar. Oleh karena itu, pada anak prasekolah, pola makan sebagian kecil dan frekuensinya tinggi, dan anak menjadi konsumen aktif. Mereka sudah bisa memilih makanan yang mereka sukai.

Ciri-ciri anak kecil (terutama anak di bawah tiga tahun atau balita) sangat egois. Selain itu, anak juga merasa takut pada ketidaktahuan, sehingga perlu menceritakan apa yang terjadi. Misalnya, saat mengukur suhu tubuhnya, anak akan takut melihat perangkat yang disematkan padanya. Oleh karena itu, mohon jelaskan bagaimana perasaan anak Anda. Beri kesempatan padanya untuk memegang termometer sampai dia yakin bahwa alat tersebut tidak berbahaya baginya (Novi, 2002)

Pada usia ini, anak-anak juga mulai bergaul di lingkungan sekitar atau mengikuti play group sekolah untuk mengubah perilakunya. Selama periode ini, anak-anak akan memasuki tahap protes, jadi mereka akan menolak semua undangan. Selama ini, berat badan anak cenderung menurun akibat dimulainya banyak aktivitas dan pilihan serta penolakan makanan. Diperkirakan perempuan relatif lebih rentan terhadap masalah gizi dibandingkan laki-laki (Urip, 20012).

### 3 Kecukupan Energi dan Protein Balita

Kebutuhan nutrisi seseorang cukup untuk menjaga kesehatan secara keseluruhan. Secara garis besar, kebutuhan nutrisi bergantung pada usia, jenis kelamin, aktivitas, berat badan dan tinggi badan. Untuk memperoleh status gizi yang baik maka harus dijaga keseimbangan antara asupan dan pengeluaran gizi (Proverawati & Kusumawati 2011).

Kebutuhan gizi pada anak usia dini membutuhkan lebih banyak gizi, karena anak usia dini (1-5 tahun) merupakan masa keemasan. Masa kehidupan sangat penting bagi perkembangan fisik dan intelektual, pada masa inilah anak-anak mulai melakukan berbagai hal dan menemukan hal-hal baru. Dalam hal ini gizi yang baik memegang peranan penting (Hasdinah HR, 2014).

Kebutuhan gizi yang harus dipenuhi pada anak usia dini antara lain energi dan protein. Kebutuhan energi harian anak pada tahun pertama berkisar 100-120 kkal / kg berat badan. Untuk setiap kenaikan 3 bulan, kebutuhan energi akan berkurang

sekitar 10 kkal / kg berat badan. Energi dalam tubuh terutama berasal dari karbohidrat, lemak dan protein (Hasdinah HR, 2014)

Dibandingkan dengan orang dewasa, bayi dan anak kecil memiliki kebutuhan energi yang relatif lebih besar karena pada usia tersebut mereka masih tumbuh dengan sangat cepat. Permintaan akan menurun seiring dengan peningkatan (Proverawati dan Kusumawati, 2011). Menurut studi Pudjiaji (2009), kebutuhan protein pada balita, FAO merekomendasikan konsumsi protein 1,5-2 g / kg berat badan, dimana 2/3 diantaranya berasal dari protein bernilai biologis tinggi. Pada usia 3-5 tahun, konsumsi protein harian adalah 1,57 g / kg (Adriani & Wirjatmadi 2014).

Protein dalam tubuh digunakan untuk pertumbuhan otot dan kekebalan. Fungsi protein yang cukup ini hanya dapat digunakan bila kebutuhan energi sudah terpenuhi. Jika kebutuhan energi tidak dapat dipenuhi, sebagian protein yang dikonsumsi akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan energi. Protein tambahan dibutuhkan untuk pertumbuhan dan pemulihan. Dalam hal rehabilitasi, kecukupan protein dan energi lebih tinggi karena akan digunakan untuk mensintesis jaringan baru yang komponen utamanya terdiri dari protein (Karyadi dan Muhilal, Adriani & Wirjatmadi, 2014). Berikut angka kecukupan energi dan protein untuk balita.

Tabel 2.2

Angka kecukupan energi dan protein menurut kelompok umur

No	Kelompok umur	Berat badan (Kg)	Tinggi badan (Cm)	Energi (KKal)	Protein ( g )
1	0 - 6 bulan	6	61	550	12
2	7 - 11bulan	9	71	725	18
3	1 - 3 tahun	13	91	1125	26
4	4 - 6 tahun	19	112	1600	35

Sumber : Kemenkes RI, 2013

Berdasarkan hasil penelitian (Lutviana & Budiono 2010), ditemukan adanya hubungan antara konsumsi energi dengan status gizi balita dalam rumah tangga petani, juga diketahui ada hubungan antara tingkat konsumsi protein dengan status gizi balita.

### C. Kerangka teori

Kesehatan	Perkembangan	Ekonomi	Kesehatan	Perkembangan	Ekonomi
-kematian dan -kesakitan	Mental -Perkembangan kognitif, motorik dan Bahasa	-Pengeluaran biaya kesehatan -Biaya peluang untuk merawat anak sakit	-Tinggi dewasa -kesehatan reproduksi	Mental -Prestasi sekolah -Kemampuan belajar -Potensi tidak Tercapai	-kapasitas kerja -produktivitas kerja
JANGKA PENDEK			JANGKA PANJANG		

#### Pertumbuhan dan Perkembangan Pendek (*Stunting*)

Faktor Rumah Tangga dan Keluarga		Pemberian Makanan Tambahan yang Tidak Cukup			Pemberian ASI
Faktor Maternal Nutrisi yang kurang pada saat prekonsepsi, kehamilan dan laktasi -Jarak kehamilan yang pendek -Hipertensi	Lingkungan Rumah -Stimulasi dan aktivitas anak yang tidak adekuat -Perawatan yang kurang -Alokasi makanan dalam rumah tangga yang tidak	Makanan Kualitas Rendah -Kualitas mikronutrien yang Rendah -Makanan yang tidak mengandung nutrisi -Makanan komplementer yang Mengandung energi yang rendah	Cara Pemberian Yang Tidak Adekuat pemberian makanan yang rendah -Pemberian makanan yang tidak adekuat ketika sakit dan setelah sakit -Pemberian makan yang	Keamanan Makanan Dan Minuman yang rendah -Kebersihan yang rendah -Penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman	Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Yang Salah -Inisiasi yang terlambat -Tidak asi eksklusif -Penghentian menyusui yang terlalu cepat.

	mencukupi		rendah dalam kuantitas		
--	-----------	--	------------------------	--	--

Faktor Sosial				
Politik ekonomi	Kesehatan dan Pelayanan	Pendidikan	Masyarakat dan Budaya	Air, Sanitasi, dan Lingkungan

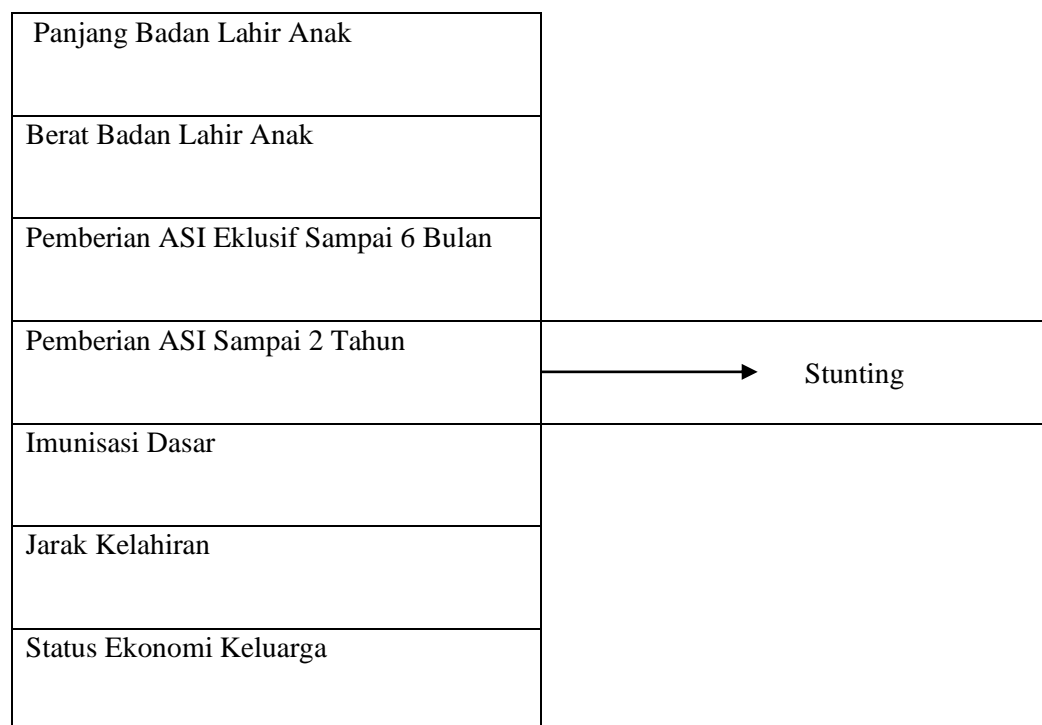
Sumber: WHO Conceptual Framework, 2013

Gambar 2.3 Kerangka Teori

#### D. Kerangka Konsep

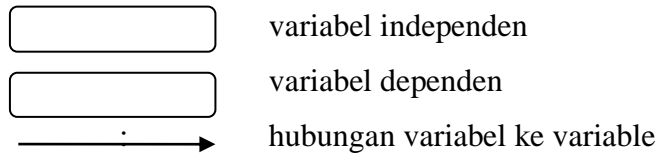
Berdasarkan kerangka teori di atas, maka dapat dirumuskan kerangka konseptual sebagai berikut: variabel terikat penelitian ini berpengaruh terhadap keterlambatan tumbuh kembang balita, sedangkan variabel bebas penelitian ini adalah lama lahir, berat badan lahir, pemberian ASI eksklusif, dan pemberian ASI di bawah usia 2 tahun. Status kekebalan, jarak kehamilan, jumlah anak dan status ekonomi keluarga anak di bawah usia stunting.

Kerangka



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

Keterangan



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Lokasi Penelitian**

##### **1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor risiko yang mempengaruhi keterlambatan perkembangan pada balita di Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan tahun 2019.

##### **2. Lokasi Penelitian**

Penelitian akan dilakukan di Puskesmas Pasar Muaralabuh Kabupaten Solok Selatan pada tahun 2019. Alasan memilih tempat ini sebagai tempat penelitian adalah :

Prevalensi stunting di puskesmas pasar muaralabuh tergolong tinggi, berada di urutan pertama di solok selatan.

Puskesmas pasar muaralabuh merupakan wilayah tingginya kasus stunting dibandingkan dengan puskesmas lain nya di solok selatan.

Puskesmas pasar muaralabuh tergolong dalam kategori zona risiko tinggi untuk tingkat sanitasi stunting.

#### **B. Pendekatan Penelitian**

. Desain penelitian yang digunakan adalah desain analisis dan observasi. Penelitian analitik merupakan penelitian epidemiologi yang bertujuan untuk memperoleh penjelasan tentang faktor risiko dan penyebab penyakit. Faktor resiko adalah faktor atau kondisi yang mempengaruhi perkembangan penyakit atau kondisi kesehatan tertentu. Prinsip analitik yang digunakan dalam penelitian analitik adalah membandingkan risiko paparan dengan mencatat siapa yang terpapar dan tidak terpapar faktor peristiwa, dan siapa yang telah dan belum mengalami penyakit yang diteliti.

#### **C. Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah seluruh sumber data yang dibutuhkan untuk suatu penelitian. Sumber data atau objek penelitian memiliki karakteristik tertentu yang berbeda-beda menurut jenis penyakit antara populasi terpajan dan tidak terpajan yang diteliti.

Dalam penelitian observasional, peneliti hanya mengamati jalannya peristiwa alami, Tujuan penelitian (Saryono, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak usia 24 sampai 59 bulan di Puskesmas Pasar Muaralabuh sebanyak 98 anak.

##### **2. Sampel**

Bagian dari populasi yang mewakili populasi disebut sampel (Saryono, 2013). Sampel untuk penelitian ini adalah anak usia 24-59 bulan di Puskesmas Pasar Muaralabuh, dan masukan berasal dari ibu balita. Besar sampel yang akan diteliti adalah 37 responden yang ditentukan dengan rumus Slvin berikut.

Keterangan:

$$n = \frac{N}{1 + Nd^2}$$

n = besar sampel

N = besar populasi

d = tingkat kepercayaan atau ketepatan yang diinginkan, 2 % Diketahui N= 98 orang dan d = 2 % atau 0,3 , maka perhitungan besar sampelnya adalah sebagai berikut. Jadi besar sampel penelitian ini adalah 37 responden.

$$n = \frac{N}{2 + Nd^2}$$

$$n = \frac{98}{2 + 98 (0,3^2)}$$

$$n = \frac{98}{2 + 98 (0,6)}$$

$$n = \frac{98}{2 + (0,61)}$$

$$n = \frac{98}{2,61}$$

$$n = 37$$

### 3. Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian observasional, peneliti hanya mengamati jalannya peristiwa alam yang menjadi tujuan penelitian (Saryono, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak usia 24 sampai 59 bulan di Puskesmas Pasar Muaralabuh yang berjumlah 98 anak. 2. Bagian dari populasi yang diwakili oleh sampel disebut sampel (Saryono, 2013). Sampel dalam penelitian ini adalah anak usia 24-59 bulan di Puskesmas Pasar Muaralabuh, dan subjeknya adalah ibu balita. Besar sampel yang akan diteliti adalah 37 responden yang ditentukan dengan rumus Slvin berikut

### D. Metode Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh melalui pengumpulan data yang berupa data primer dan sekunder.

#### 1. Data Primer

Data mentah diperoleh melalui investigasi langsung untuk mendapatkan data yang tidak diperoleh dari abses lokal. Untuk memperoleh data dilakukan pengukuran langsung dengan instrumen penelitian menggunakan instrumen mikro dan timbangan digital yang digunakan untuk mendapatkan informasi tentang tinggi dan berat badan sampel bayi dari narasumber. Kemudian gunakan software WHO Anthro untuk menghitung skor z

#### 3.2.2 untuk menilai status gizi balita TB/U.

Selain itu, kuesioner digunakan untuk mengetahui variabel faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya stunting pada balita, peneliti melakukan wawancara secara langsung dan mengunjungi rumah balita satu per satu setelah waktu khusus yang disepakati sebelumnya. Ibu balita mengambil kuesioner sebagai responden. . Sebelum pengisian kuesioner, narasumber memperoleh penjelasan tentang tujuan dan metode pengisian kuesioner dari peneliti.

#### 2. Data Sekunder

Selain itu, kuesioner juga digunakan untuk mengetahui variabel faktor risiko yang berhubungan dengan keterlambatan perkembangan anak kecil. Peneliti melakukan wawancara langsung dan mengunjungi rumah anak satu per satu setelah waktu khusus yang disepakati sebelumnya. Ibu di bawah usia lima tahun disurvei sebagai subjek. . Sebelum mengisi kuesioner, narasumber belajar dari peneliti tentang tujuan dan metode pengisian kuesioner.

#### E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau sarana yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data sehingga pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (akurat, lengkap dan sistematis) sehingga lebih mudah diolah

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner, miniatur pengukur jarak, timbangan digital dan kamera. Kuesioner ini digunakan untuk memperoleh data pokok dari tanggapan melalui wawancara. Orang yang terlatih menggunakan timbangan digital dengan akurasi 0,1 kg dan sepeda mini dengan akurasi 0,1 cm untuk mengukur tinggi badan anak untuk mengumpulkan data antropometri



tentang berat badan anak. Selain itu, kamera digunakan untuk merekam kegiatan penelitian untuk membuktikan bahwa peneliti telah melakukan penelitian di lapangan.

## F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

### 1. Teknik pengolahan data

Dalam proses pengolahan data terdapat langkah – langkah yang harus ditempuh, diantaranya:

#### Editing

Dalam melakukan editing ada beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu :

Memeriksa kelengkapan data bertujuan untuk mengoreksi setiap pertanyaan jika ditemukan bagian – bagian yang tidak ada datanya.

Memeriksa kesinambungan Hal ini bertujuan untuk melihat apakah ada data berkesinambungan atau tidak, dalam arti tidak ditemukan atau keterangan yang bertentangan antara satu dan lainnya.

Memeriksa keseragaman data bertujuan untuk melihat ukuran yang dipergunakan dalam mengumpulkan data telah seragam atau tidak.

#### Coding

Pengkodean adalah cara untuk menyederhanakan pemrosesan, dan semua jawaban atau data perlu disederhanakan dengan menyediakan simbol yang mudah dipahami.

#### Data entry

Data entering adalah memindahkan data yang telah diubah menjadi kode ke dalam mesin pengolah data, dilakukan dengan cara memasukkan data.

#### Data Cleaning

Data cleaning adalah memastikan bahwa seluruh data yang telah dimasukkan kedalam mesin atau program sudah sesuai dengan yang sebenarnya.

### c )Tabulasi

Tabulasi data dilakukan dengan berbagai cara yaitu :

Menyusun data yang tersedia menurut urutannya, seperti dari variabel yang bernilai kecil kevariabel yang bernilai besar.

Mengelompokkan dan menghitung jumlah masing – masing variabel.

Memindahkan variabel yang telah dikelompokkan tersebut kedalam tabel yang telah dipersiapkan.

## 2. Analisis data

### a. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui gambaran data berat badan lahir, berat badan lahir, pemberian ASI eksklusif, pemberian ASI di bawah usia 2 tahun, status imunitas, status ekonomi keluarga, jarak kehamilan dan jumlah anak yang diteliti, dan hasilnya ditampilkan pada tabel distribusi frekuensi.

### b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang menentukan interaksi antara dua variabel (variabel bebas dan variabel terikat). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah berat badan lahir, berat badan lahir, pemberian ASI eksklusif, pemberian ASI di bawah usia 2 tahun, status kekebalan tubuh, status ekonomi keluarga, jarak kehamilan dan jumlah anak yang disurvei. Sedangkan variabel terikat penelitian ini adalah kejadian stunting pada anak. Uji statistik yang digunakan adalah uji chi-square pada program komputer "Paket Perangkat Lunak Statistik untuk Ilmu Sosial" (SPSS) edisi ke-20 untuk melihat hubungan dengan nilai makna total ( $p < 0,05$ ). Jika nilai  $p$  yang diperoleh lebih kecil dari 0,05 maka terdapat hubungan yang signifikan.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### *A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian*

##### 1. Geografi

Pada tahun 2011 Kabupaten Solok Selatan terdiri dari 7 kabupaten, yaitu Kabupaten Sangir, Kabupaten Sangir Juju, dan Kabupaten Sangir Balai Janggo. Distrik Sangir Batang Hari, Distrik Sungai Pagu, Distrik Pauh Duo dan Distrik Koto Parik Gadang Diateh mencakup 39 Nagari dan 215 Jorong. Luas wilayah Kabupaten Solok Selatan kurang lebih 3.590,15 Km<sup>2</sup>, dengan letak geografis antara 01 ° 17'13"-01 ° 46'45 "Lintang Selatan dan 100 ° 53'24" Bujur Timur -101 ° 26'27 "Bujur Timur. Pasar Ruang lingkup administrasi Puskesmas Muaralabuh adalah sebagai berikut:

- Sebelah Selatan : Kotobaru
- Sebelah Timur : Kampuang Tarandam
- Sebelah Utara : Rawang
- Sebelah Barat : Kalampayan

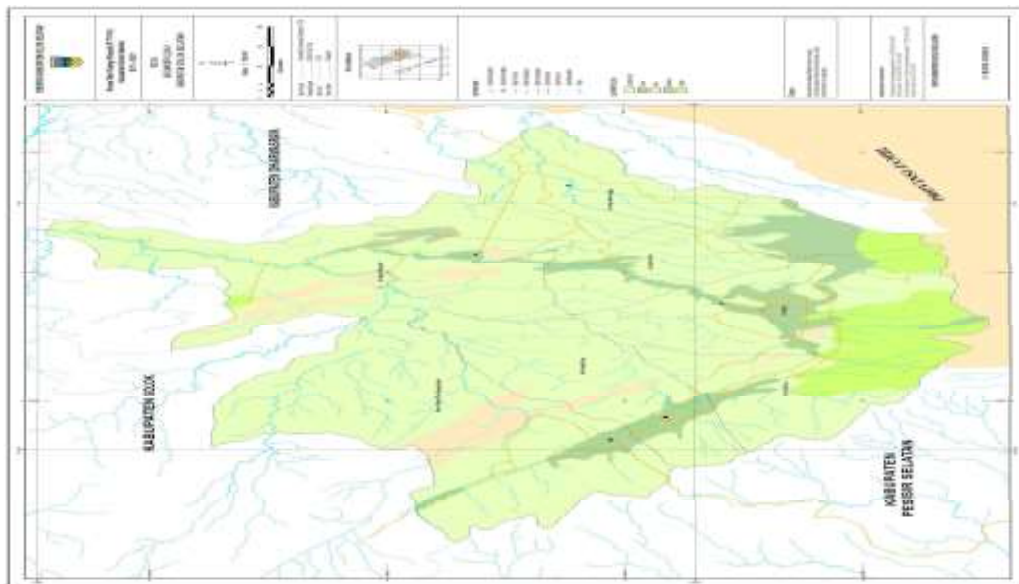
Ditetapkan bahwa Ibu Kota Kabupaten Solok Selatan terletak di Padang Aru (UURI No. 38 Tahun 2003). Kabupaten Solok Selatan merupakan perpanjangan dari Kabupaten Solok yang merupakan wilayah induk dan ibukotanya terletak di Arosuka. Jarak antara Padang Aro dan Arosuka, ibu kota Kabupaten Solok Selatan, kurang lebih 135 kilometer. Dalam masa pemekaran, Kabupaten Solok Selatan berasal dari bagian dari Kabupaten Solok yang saat itu terdiri dari lima kecamatan, yaitu Kecamatan Sanjir Badang Hari; Distrik Sangir Juju; Distrik Sanjir; Distrik Shuangxi Bagu; Ada Kecamatan Koto Parik Gadang Diateh, yang meliputi 39 nagari dan 144 Jurong.

##### 2. Topografi

Kabupaten Solok Selatan di Pegunungan Bukit Barisan sebagian besar memiliki bentang alam berbukit. Sebagian besar kemiringannya sangat curam

(69,19%), dan hanya sebagian kecil yang landai (13,86%). Situasi ini berarti hanya sebagian kecil dari wilayah Solok Selatan yang dapat dimanfaatkan untuk pertanian intensif. Sebagian besar areal produksi terdapat dalam areal produksi terbatas yaitu untuk perkebunan karet, kopi, kayu manis dan lainnya

### **Peta Solok Selatan**



## **2. Demografi**

Kependudukan (demografi) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi gangguan kesehatan, baik dilihat dari segi kuantitas (jumlah), pertumbuhan, struktur umur, mobilitas dan mata pencaharian. Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari Puskesmas Pasar Muaralabuh pada tahun 2019 terdapat 217 KK (Kepala Keluarga). Jumlah penduduk 978, laki-laki 486, perempuan 492.

## **3. Sosial Budaya**

Masyarakat di Wilayah Pasar Muaralabuh memiliki rasa sosial dan kekeluargaan yang sangat tinggi. Hal ini terlihat dari sikap warga yang ramah, penyambutan yang begitu bersahabat terhadap tamu dan solidaritas yang tinggi antar masyarakat. Wilayah Pasar Muaralabuh mayoritas bersuku Melayu, Duryan, Kampai Dan sikumbang bahasa yang digunakan dalam berkomunikasi adalah

Bahasa kampung. Secara agama, mayoritas penduduk Wilayah Pasar Muaralabuh beragama Islam.

#### 4. Iklim

Kondisi iklim di Wilayah Pasar Muaralabuh secara umum ditandai dengan Tropis. Hal ini dikarenakan wilayahnya berbatasan dengan Katulistiwa. Kondisi iklim di wilayah ini memiliki rata-rata temperatur berkisar 27°C, dengan suhu minimum 22°C dan suhu maksimum 30°C.

#### 5. Orbitasi

Jarak Ke Ibukota Kecamatan : 26 Km

Lama Tempuh Ke Ibukota Kecamatan : 30 Menit

Jarak ke Ibukota Kabupaten Solok : 125 Km

Lama tempuh ke Ibukota Kabupaten Solok : 3 Jam

#### 6. Mata Pencaharian

Semenjak kabupaten ini lepas dari wilayah administrasi Kabupaten Solok, ini memiliki banyak potensi yang bisa dikembangkan baik dari segi sosial kemasyarakatan, perikanan, jasa, usaha, dan keterampilan, serta aspek-aspek lain yang strategis sesuai dengan kondisi wilayah dan masyarakat setempat. Mayoritas mata pencaharian masyarakat Solok Selatan adalah Bertani dan Tambang. Dan inilah yang menjadi tumpuan perekonomian masyarakat di daerah ini.

#### 7. Prasarana dan Sarana lainnya

Kantor : 1

Fasilitas kesehatan ( Poskendes ) : 1

Fasilitas pendidikan ( gedung sekolah ) : 3

Mesjid atau mushallah : 1

## 8. Potensi kelembagaan

### a. Pemberdayaan kesejahteraan keluarga ( PKK )

Bergerak dalam kegiatan wanita dan keterampilan

### b. Karang taruna

Focus pada kegiatan kepemudaan dan olahraga

### c. Pemuda remaja mesjid

Bergerak dalam bidang keagamaan dan kemesjitan.

## B. Hasil Penelitian

- a. Sampel sebanyak 37 responden. Adapun hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut: Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Kabupaten Solok Selatan, di wilayah Pasar Muaralabuh. Pengumpulan data dilakukan sejak tanggal 23 Juli 2019, tentang kejadian *stunting* pada balita di wilayah Kabupaten Solok Selatan, di wilayah Pasar Muaralabuh dengan jumlah

### 1. Analisis Univariat

Pada tahap ini dilakukan analisis distribusi frekuensi presentase tiap-tiap variabel tunggal dan karakteristik responden dan sampel yang dapat dilihat pada tabel berikut:

#### a. Panjang Badan Lahir

Berdasarkan hasil penelitian maka diperoleh tabel distribusi responden berdasarkan panjang badan lahir yang diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.1

Distribusi Sampel Berdasarkan Panjang Badan Lahir di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Panjang Badan Lahir (cm)	N	%
32-34	2	5,4 %

41-43	4	10,8 %
44-46	9	24,3 %
47-49	15	40,6 %
50-52	7	18,9 %
Total	37	100 %

*Sumber: Data Primer, 2019*

Panjang badan lahir sampel dalam penelitian ini berdasarkan tabel 4.1 dapat dijelaskan bahwa dari 37 responden, jumlah terbanyak yaitu sampel dengan panjang badan lahir 47-49 cm sebanyak 15 orang (40,6 %) dan paling sedikit sampel dengan panjang badan lahir 32-34 cm sebanyak 2 orang (5,4 %).

Tabel 4.2

Distribusi Sampel Berdasarkan Kategori Panjang Badan Lahir di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Panjang Badan Lahir	N	%
Pendek	24	64,8 %
Tidak Pendek	13	35,2 %
Total	37	100 %

*Sumber: Data Primer, 2019*

Panjang badan lahir sampel dalam penelitian ini berdasarkan tabel 4.2 dapat dijelaskan bahwa dari 37 responden, jumlah terbanyak yaitu sampel dengan panjang badan lahir pendek sebanyak 24 orang (64,8 %) dan paling sedikit sampel dengan panjang badan lahir tidak pendek sebanyak 13 orang (35,2 %).

#### b.) Berat Badan Lahir

Berdasarkan hasil penelitian maka diperoleh tabel distribusisampel berdasarkan berat badan lahir yang diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.3

Distribusi Sampel Berdasarkan Berat Badan Lahir di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Berat Badan Lahir (gram)	N	%
1800 – 2074	4	10,8 %
2075 – 2349	2	5,4 %
2350 – 2490	10	27 %
2500 – 2899	6	16,3 %
2900 – 3174	5	13,5 %
3175 – 3449	3	8 %
3450 – 3724	4	10,8 %
3725 – 3999	2	5,4 %
4000 – 4274	1	2,8 %
Total	37	100 %

*Sumber: Data Primer, 2019*

Berat badan lahir sampel dalam penelitian ini berdasarkan tabel 4.3 dapat dijelaskan bahwa dari 37 sampel, jumlah terbanyak yaitu sampel yang memiliki rentang berat badan lahir 2350 - 2624 gram sebanyak 10 orang (27 %) dan paling sedikit yang memiliki rentang berat badan lahir 4000-4274 gram sebanyak 1 orang (2,8 %)

Tabel 4.4

Distribusi Sampel Berdasarkan Kategori Berat Badan Lahir di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Berat Badan Lahir	N	%
BBLR	16	43,3 %
Tidak BBLR	21	56,7 %
Total	37	100 %

*Sumber: Data Primer, 2019*

Berat badan lahir sampel dalam penelitian ini berdasarkan tabel 4.4 dapat dijelaskan bahwa dari 37 sampel, jumlah terbanyak yaitu sampel yang memiliki berat badan lahir normal sebanyak 16 orang (43,3 %) dan paling Banyak yang memiliki Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 21 orang (56,7 %).



## c.) Pemberian ASI Eksklusif

Berdasarkan hasil penelitian maka diperoleh tabel distribusi responden berdasarkan pemberian ASI eksklusif yang diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.5

Distribusi Sampel Berdasarkan Pemberian ASI Eksklusif di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Pemberian ASI Eksklusif	N	%
Ya	15	40,5 %
Tidak	22	59,5 %
Total	37	100 %

*Sumber: Data Primer, 2019*

Pemberian ASI eksklusif dalam penelitian ini berdasarkan tabel 4.5 dapat dijelaskan bahwa dari 37 sampel, jumlah terbanyak yaitu sampel yang tidak mendapat ASI eksklusif sebanyak 22 orang (59,5 %) dan paling sedikit sampel yang mendapat ASI eksklusif sebanyak 15 orang (40,5 %).

## d.) Pemberian ASI s/d Usia 2 Tahun

Berdasarkan hasil penelitian maka diperoleh tabel distribusi responden berdasarkan pemberian ASI sampai dengan usia 2 tahun yang diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.6

Distribusi Sampel Berdasarkan Pemberian ASI sampai Usia 2 Tahun di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Pemberian ASI sampai dengan Usia 2 Tahun	N	%
Ya	6	16,2 %
Tidak	31	83,8 %
Total	37	100 %

*Sumber: Data Primer, 2019*

Pemberian ASI sampai dengan usia 2 tahun dalam penelitian ini berdasarkan tabel 4.6 dapat dijelaskan bahwa dari 37 sampel, jumlah terbanyak yaitu sampel yang Tidak mendapat ASI sampai dengan usia 2 tahun sebanyak 31 orang (83,8 %) dan paling sedikit sampel yang mendapat ASI sampai dengan usia 2 tahun sebanyak 6 orang (16,2 %).

e.) Status Imunisasi

Berdasarkan hasil penelitian maka diperoleh tabel distribusi sampel berdasarkan status imunisasi yang diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.7

Distribusi Sampel Berdasarkan Status Imunisasi di Kabupaten Solok Selatan,  
Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Status Imunisasi Dasar	N	%
Lengkap	16	43,2 %
Tidak Lengkap	21	56,8 %
Total	37	100 %

*Sumber: Data Primer, 2019*

Status imunisasi dalam penelitian ini berdasarkan tabel 4.7 dapat dijelaskan bahwa dari 37 sampel, jumlah terbanyak yaitu sampel dengan status imunisasi dasar tidak lengkap sebanyak 21 orang (56,8 %) dan paling sedikit sampel yang status imunisasi dasar lengkap sebanyak 16 orang (43,2 %).

f.) Jarak Kelahiran

Berdasarkan hasil penelitian maka diperoleh tabel distribusi sampel berdasarkan jarak kelahiran yang diuraikan sebagai berikut :

Tabel 4.8

Distribusi Sampel Berdasarkan Jarak Kelahiran di Kabupaten Solok Selatan,  
Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Jarak Kelahiran (tahun)	N	%
-------------------------	---	---

<2	14	37,8 %
2-3	7	18,9 %
4-5	4	10,8 %
6-7	7	18,9 %
8-9	3	8 %
12-13	1	2,8 %
14-15	1	2,8 %
Total	37	100 %

*Sumber: Data Primer, 2019*

Jarak kelahiran dalam penelitian ini berdasarkan tabel 4.8 dapat dijelaskan bahwa dari 37 sampel, jumlah terbanyak yaitu sampel yang jarak kelahirannya kurang dari 2 tahun sebanyak 14 orang (37,8 %) dan paling sedikit sampel yang jarak kelahirannya 12-13 tahun dan 14-15 tahun (2,8 %),

Tabel 4.9

Distribusi Sampel Berdasarkan Jarak Kelahiran di Kabupaten Solok Selatan,  
Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Jarak Kelahiran	N	%
Jauh	15	40,5 %
Dekat	22	59,5 %
Total	37	100 %

*Sumber: Data Primer, 2019*

Jarak kelahiran dalam penelitian ini berdasarkan tabel 4.9 dapat dijelaskan bahwa dari 37 sampel, jumlah terbanyak yaitu sampel yang jarak kelahirannya dekat sebanyak 22 orang ( 59,5 %) dan paling sedikit sampel yang jarak kelahirannya jauh sebanyak 15 orang ( 40,5 %).

g.) Status Ekonomi Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian maka diperoleh tabel distribusi responden berdasarkan status ekonomi keluarga yang diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.10

Distribusi Responden Berdasarkan Status Ekonomi Keluarga  
di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Rata-rata Pendapatan Keluarga per bulan (Rp)	N	%
1.000.000	3	8 %
1.500.000	5	13,5 %
1.900.000	4	10,8 %
2.000.000	8	21,8 %
2.500.000	17	45,9 %
Total	37	100 %

*Sumber: Data Primer, 2019*

Status ekonomi keluarga dalam penelitian ini berdasarkan tabel 4.10 dapat dijelaskan bahwa dari 37 responden, jumlah terbanyak yaitu responden dengan rata-rata pendapatan keluarga per bulan Rp. 2.500.000 sebanyak 17 orang (45,9%) dan paling sedikit responden dengan rata-rata pendapatan per bulan Rp.1.000.000 sebanyak 3 orang (8 %).

Tabel 4.11

Distribusi Responden Berdasarkan Status Ekonomi Keluarga di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Status Ekonomi Keluarga	N	%
Tinggi	17	46 %
Rendah	20	54 %
Total	37	100 %

*Sumber: Data Primer, 2019*

Status ekonomi keluarga dalam penelitian ini berdasarkan tabel 4.11 dapat dijelaskan bahwa dari 37 responden, jumlah terbanyak yaitu responden dengan status ekonomi keluarga tinggi kepada anaknya sebanyak 17 orang (4,6 %) dan

paling sedikit responden dengan status ekonomi keluarga rendah sebanyak 20 orang (46 %).

### 1. Analisis Bivariat

Pada analisis ini dilakukan tabulasi silang antara variable independen dan variabel dependen untuk mengetahui apakah ada hubungan antara kedua variabel tersebut, yang diuraikan pada tabel berikut:

#### a. Hubungan panjang badan lahir terhadap kejadian *stunting*

Hasil analisis hubungan panjang badan lahir terhadap kejadian *stunting* dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 4.12

Hubungan Panjang Badan Lahir terhadap Kejadian *Stunting*

di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Panjang Badan Lahir	Kejadian Stunting				Jumlah		Uji Statistik	RP
	Stunting		Tidak Stunting					
	N	%	N	%	n	%		
Pendek	17	68	8	32	25	100	p=0,000	1,76
Tidak Pendek	7	58,3	5	41,7	12	100		
Total	24	64,9	13	35,1	37	100		

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.12 menunjukkan bahwa dari 25 responden yang memiliki panjang badan lahir pendek, terdapat 17 orang (68 %) yang memiliki panjang badan lahir pendek dengan kejadian *stunting* dan tidak *stunting* sebanyak 8 orang (32 %).

Dengan menggunakan uji statistik chi-square untuk menganalisis hubungan lama lahir dengan kejadian keterlambatan perkembangan dapat dijelaskan nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) dan nilai prevalensi 1,76 ( $PR > 1$ ). Tidak ada hubungan yang signifikan. Ada perbedaan yang signifikan antara usia lahir dan kejadian *stunting* Nilai prevalensi menunjukkan bahwa peluang terjadinya *stunting* pada yang

disurvei dengan usia yang lebih pendek adalah 1,76 kali lipat dari yang disurvei dengan waktu lahir yang lebih pendek.

b. Hubungan berat badan lahir terhadap kejadian *stunting*

Hasil analisis hubungan berat badan lahir terhadap kejadian *stunting* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.13

Hubungan Berat Badan Lahir terhadap Kejadian *Stunting* di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Berat Badan Lahir	Kejadian Stunting				Jumlah		Uji Statistik	RP
	Stunting		Tidak Stunting					
	N	%	N	%	N	%		
BBLR	9	56,25	7	43,75	16	100	p=0,033	1,31
Tidak BBLR	15	71,4	6	28,6	21	100		
Total	24	64,8	13	35,2	37	100		

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.13 menunjukkan bahwa dari 16 responden yang memiliki berat badan lahir rendah (BBLR), terdapat 9 orang (56,2 %) yang memiliki berat badan lahir rendah dengan kejadian *stunting* dan tidak *stunting* sebanyak 7 orang (43,8 %).

Menggunakan uji statistik chi-square untuk menganalisis hubungan antara berat badan lahir dan kejadian keterlambatan perkembangan, kami menemukan bahwa  $p = 0,033$  ( $p < 0,05$ ) dan nilai prevalensi 1,31 ( $PR > 1$ ), yang dapat diartikan tidak signifikan. Hubungan. Ada perbedaan yang bermakna antara berat badan lahir dengan kejadian *stunting* Nilai prevalensi menunjukkan bahwa kemungkinan responden BBLR mengalami *stunting* 1,31 kali lipat dari responden bukan BBLR.

c. Hubungan pemberian ASI Eksklusif terhadap kejadian *stunting*

Hasil analisis hubungan pemberian ASI terhadap kejadian *stunting* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.14

Hubungan Pemberian ASI Eksklusif terhadap Kejadian *Stunting* di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Pemberian ASI Eksklusif	Kejadian Stunting				Jumlah		Uji Statistik	RP
	Stunting		Tidak Stunting					
	N	%	N	%	N	%		
Tidak	17	77,3	5	22,7	22	100	p=0,000	1,56
Ya	9	60	6	40	15	100		
Total	26	70,2	11	29,8	37	100		

Sumber: Data Primer, 2019

- d. Berdasarkan Tabel 4.14, dari 22 responden yang memberikan ASI Eksklusif, 17 (77,3%) memberikan ASI Eksklusif, dan kejadian stunting dan stunting imatur mencapai 5 (22,7%). Uji statistik chi-square digunakan untuk menganalisis hasil analisis hubungan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian keterlambatan perkembangan, didapatkan  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) dan nilai prevalensi 1,56 ( $PR > 1$ ), yang dapat diartikan tidak Hubungan yang signifikan. Rasio kejadian dan angka prevalensi dari ASI Eksklusif hingga stunting menunjukkan bahwa subjek yang tidak diberi ASI eksklusif berpeluang 1,56 kali lebih besar untuk mengalami stunting dibandingkan yang tidak ASI eksklusif.
- e. Hubungan pemberian ASI sampai dengan usia 2 tahun terhadap kejadian *stunting*

Hasil analisis pemberian ASI sampai dengan usia 2 tahun terhadap kejadian *stunting* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.15

Hubungan Pemberian ASI s/d 2 Tahun terhadap Kejadian *Stunting* di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Pemberian ASI s/d 2 Tahun	Kejadian Stunting				Jumlah		Uji Statistik	RP
	Stunting		Tidak Stunting					
	N	%	N	%	N	%		
Tidak	26	83,9	5	16,1	31	100	p=0,249	1,15
Ya	2	33,3	4	66,7	6	100		
Total	28	75,6	9	24,4	37	100		

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.15 menunjukkan bahwa dari 31 responden yang memberikan ASI sampai dengan usia 2 tahun, terdapat 26 responden (83,9 %) yang ASI sampai dengan usia 2 tahun dengan kejadian *stunting* dan tidak *stunting* sebanyak 5 orang (16,1 %).

- f. Dengan menganalisis hasil uji statistik chi-square dapat diketahui hubungan pemberian ASI dan usia 2 tahun terhadap kejadian *stunting*, nilai  $p = 0,249$  ( $p > 0,05$ ) dan nilai prevalensi 1,15 ( $PR > 1$ ) dapat dijelaskan. Karena tidak ada hubungan yang bermakna antara pemberian ASI sampai usia 2 tahun dengan kejadian *stunting*, maka nilai prevalensi menunjukkan bahwa peluang terjadinya *stunting* pada responden yang mendapat ASI sebelum usia 2 tahun adalah mereka yang mendapat ASI di bawah usia 2 tahun. 1,15 kali responden. tahun.
- g. Hubungan status imunisasi terhadap kejadian *stunting*

Hasil analisis hubungan status imunisasi terhadap kejadian *stunting* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.16

Hubungan Status Imunisasi Dasar terhadap Kejadian *Stunting* di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019



Status Imunisasi Dasar	Kejadian Stunting				Jumlah		Uji Statistik	RP
	Stunting		Tidak Stunting					
	N	%	N	%	N	%		
Tidak Lengkap	16	76,2	5	23,8	21	100	p=0,249	1,18
Lengkap	10	62,5	6	37,5	16	100		
Total	26	70,3	11	29,7	37	100		

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.16 menunjukkan bahwa dari 21 responden yang memiliki status imunisasi dasar tidak lengkap, terdapat 16 responden (76,2 %) yang memiliki status imunisasi dasar tidak lengkap dengan kejadian *stunting* dan tidak *stunting* sebanyak 5 orang (23,8 %).

g. Uji statistik chi-square digunakan untuk menganalisis hasil analisis hubungan status imun dasar dengan kejadian keterlambatan perkembangan, nilai  $p = 0,249$  ( $p > 0,05$ ), dan nilai prevalensi 1,18 ( $PR > 1$ ), yang dapat dijelaskan sebagai Tidak ada hubungan yang signifikan. Terdapat perbedaan yang bermakna antara status imun dasar dengan kejadian stunting Nilai prevalensi menunjukkan probabilitas keterlambatan perkembangan responden dengan status imun dasar tidak lengkap adalah 1,18 kali dari responden dengan status imun dasar lengkap.

h. Hubungan jarak kelahiran terhadap kejadian *stunting*

Hasil analisis hubungan jarak kelahiran terhadap kejadian *stunting* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.17

Hubungan Jarak Kelahiran terhadap Kejadian *Stunting* di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Jarak Kelahiran	Kejadian Stunting				Jumlah		Uji Statistik	RP
	Stunting		Tidak Stunting					
	N	%	N	%	N	%		
Jauh	10	66,6	5	33,4	15	100		

Dekat	13	59,1	9	40,9	22	100	p=0,041	1,26
Total	23	62,2	14	37,8	37	100		

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.26 menunjukkan bahwa dari 15 responden yang memiliki jarak kelahiran dekat, terdapat 10 responden (66,6 %) yang memiliki jarak kelahiran dekat dengan kejadian *stunting* dan tidak *stunting* sebanyak 5 orang (33,4 %).

Uji statistik chi-square digunakan untuk menganalisis hasil analisis hubungan selang kelahiran dengan kejadian keterlambatan perkembangan, nilai  $p = 0,041$  ( $p < 0,05$ ) dan nilai prevalensi 1,26 ( $PR > 1$ ) yang dapat diartikan tidak signifikan. Hubungan. Antara selang kelahiran dengan kejadian dan prevalensi *stunting*, terlihat bahwa peluang terjadinya *stunting* pada orang yang disurvei yang mendekati jarak kelahiran adalah 1,21 kali lipat dari pada orang yang disurvei dengan jarak lahir jauh

g. ubungan status ekonomi keluarga terhadap kejadian *stunting*

Hasil analisis hubungan status ekonomi keluarga terhadap kejadian *stunting* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.18  
Hubungan Status Ekonomi Keluarga terhadap Kejadian *Stunting* di Kabupaten Solok Selatan, Wilayah Pasar Muaralabuh Tahun 2019

Status Ekonomi Keluarga	Kejadian <i>Stunting</i>				Jumlah		Uji Statistik	RP
	<i>Stunting</i>		Tidak <i>Stunting</i>					
	N	%	N	%	N	%		
Rendah	17	85	3	15	20	100	p=1,000	0,95
Tinggi	12	70,6	5	29,4	17	100		
Total	29	78,4	8	21,6	37	100		

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.14 menunjukkan bahwa dari 20 responden memiliki status ekonomi keluarga rendah, terdapat 17 responden (85 %) yang memiliki

status ekonomi keluarga rendah dengan kejadian *stunting* dan tidak *stunting* sebanyak 3 orang (15 %).

Menggunakan hasil analisis uji statistik Fisher untuk melihat hubungan status ekonomi keluarga dengan kejadian *stunting*,  $p = 1.000$  ( $p > 0.05$ ) dan nilai prevalensi sebesar 0.95 (PR <1), yang dapat dijelaskan sebagai Tidak ada hubungan yang signifikan. Status ekonomi keluarga serta kejadian dan prevalensi *stunting* menunjukkan bahwa responden dengan status ekonomi keluarga lebih tinggi berisiko 0,95 kali lebih tinggi mengalami *stunting* dibandingkan dengan responden dengan status ekonomi keluarga rendah.

### **C. Pembahasan**

#### *1. Hubungan panjang badan lahir terhadap kejadian stunting*

Panjang tubuh bayi saat lahir mewakili pertumbuhan linier bayi di dalam rahim. Menurut Riskesdas tahun 2013, kategori panjang badan saat lahir dibedakan menjadi tiga kategori yaitu <48 cm, 48-52 cm dan > 52 cm, serta panjang lahir pendek <48 cm (Kemenkes R.I, 2013).

Saat masih dalam kandungan, kekurangan gizi pada bayi akan berdampak pada kelahiran singkatnya. Asupan nutrisi ibu hamil yang tidak mencukupi sebelum hamil dapat menyebabkan pertumbuhan janin menjadi tidak normal, sehingga mengakibatkan waktu lahir yang singkat.

Bila panjang lahir bayi 48-52 cm, maka panjang lahir bayi tersebut normal (Kemenkes R.I, 2010). Panjang tubuh saat lahir merupakan salah satu faktor risiko keterlambatan perkembangan pada anak usia dini (Anugraheni dan Kartasurya, 2012; Meilyasari dan Isnawati, 2014).

Berdasarkan hubungan lama kelahiran balita dengan kejadian *stunting* di pasar Muaralabuh diperoleh hasil dari 37 responden, 25 responden terlahir pendek, di antaranya Di antara responden yang lahir pendek, pendek dan tidak pingsan, 17 (68%) adalah 8

(32%), dan 12 lahir pendek, 7 tahun (58,3%) adalah kerdil. Lima orang (41,7%) tidak mengalami pertumbuhan yang terhambat, dan pertumbuhan mereka tidak terhambat.

Dari hasil analisis dapat dilihat hubungan antara tinggi badan dan kelahiran Insiden stunting diuji dengan statistik chi-square, dan nilainya adalah  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ), yang dapat diartikan sebagai Lamanya lahir dan terjadinya stunting.

Dalam penelitian ini lama lahir merupakan faktor risiko keterlambatan perkembangan pada anak usia 24-59 bulan. Nilai prevalensi 1,76 ( $PR > 1$ ), yang menunjukkan bahwa peluang terjadinya stunting pada responden kelahiran pendek adalah 1,76 kali lipat dari pada responden kelahiran pendek. Bayi yang lahir dengan jangka waktu pendek kurang mendapat asupan gizi dari ibunya selama masa kehamilan, sehingga pertumbuhan janin dalam kandungan tidak maksimal. Asupan gizi yang baik penting untuk mendukung tumbuh kembang anak yang lahir pendek, agar berat badannya tetap normal seiring bertambahnya usia.

Hal ini sesuai dengan penelitian Luh Sri Suciari (2015) bahwa ada hubungan yang signifikan antara lama lahir dan berat badan lahir dengan kejadian stunting, dengan nilai  $p$  masing-masing sebesar 0,001 (OR: 6,08) dan 0,006 (OR: 1,14). ). Dalam studi Fitrah (2013), 202 bayi dilahirkan dengan panjang badan normal ( $\geq 48$  cm), 41 di antaranya mengalami keterlambatan perkembangan (pendek) pada usia 12 bulan, dan 161 bayi (79%) normal. Tumbuh. Kemudian 57 bayi pendek ( $\leq 48$  cm), 36 bayi masih pendek pada usia 12 bulan, dan 19 bayi (33%) tumbuh normal. Hasil uji statistik dengan metode log-rank menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok bayi lahir di atas 48 cm dan di bawah 48 cm ( $p = 0,000$ ).

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Khoirun et al. (2015) yang menunjukkan bahwa kejadian stunting pada balita adalah panjang badan lahir rendah ( $< 48$  cm). Risiko goyahnya pertumbuhan ekonomi lebih besar pada bayi dan anak kecil yang pernah mengalami guncangan selama kehamilan dan persalinan

prematuur. Artinya, panjang tubuh yang jauh di bawah rata-rata angka kelahiran disebabkan oleh retardasi pertumbuhan di dalam rahim. Keterlambatan perkembangan yang masih dalam kandungan mengindikasikan kurangnya status gizi dan kesehatan ibu selama kehamilan, sehingga mengakibatkan kelahiran anak menjadi lebih pendek (Kusharisupeni, 2002; Khoirun, 2015).

Mengenai faktor genetik, dari tabulasi silang tinggi badan orang tua hingga kejadian stunting digunakan hasil uji statistik chi-square, dan nilai yang diperoleh adalah  $p = 0,000$  dan  $p = 0,008$  ( $p < 0,05$ ). Ada hubungan yang signifikan antara tinggi badan orang tua dengan kejadian stunting. Selain itu, dari hasil tabulasi silang dari tinggi badan ibu dan tinggi badan ayah terhadap lama lahir, diperoleh dari uji statistik chi-square didapatkan nilai  $p$  tidak signifikan berhubungan masing-masing sebesar 0,520 dan 0,985. Karena  $p\text{-value} = < 0,05$ , keduanya dapat diartikan tidak memiliki hubungan yang signifikan.

Mengenai faktor genetik, dari tabulasi silang tinggi badan orang tua sampai kejadian stunting, dengan menggunakan uji statistik chi-square diperoleh nilai  $p = 0,000$  dan  $p = 0,008$  ( $p < 0,05$ ). Ada hubungan yang signifikan antara tinggi badan orang tua dengan kejadian stunting. Selain itu, dari hasil tabulasi silang dari tinggi badan ibu dan tinggi badan ayah dengan lama lahir, diperoleh dari uji statistik chi-square, nilai  $p$  tidak ada sangkut pautnya dengan 0,520 dan 0,985. Karena  $p\text{-value} = < 0,05$ , artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara keduanya.

#### i. Hubungan berat badan lahir terhadap kejadian *stunting*

Berat lahir mengacu pada berat bayi saat lahir atau yang terbaru Sampai anda melihat dari KMS (Kartu Menuju Sehat) bayi berumur 1 hari, jika berat badan lahir kurang dari 2500 gram berarti berat badan lahir rendah, jika berat badan lahir lebih besar dari atau sama dengan 2500 gram berarti berat badan normal. Berat badan lahir rendah

terutama terkait dengan anak balita dengan berat badan kurang atau pertumbuhan yang terhambat (Kusharisupeni, 2002).

BBLR juga dapat terjadi karena lahir sebelum usia kehamilan ideal (yaitu 37 minggu). Bayi berisiko lebih tinggi mengalami gangguan tumbuh kembang bayi dan anak, penyakit infeksi, stunting dan kematian (WHO, 2011). Status gizi ibu selama kehamilan akan mempengaruhi tumbuh kembang janin. Seorang ibu dengan defisiensi energi kronis atau anemia selama kehamilan akan melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR) [Keefe et al., 2008].

Berdasarkan korelasi antara berat badan lahir balita dengan kejadian stunting di Pasar Muaralabuh didapatkan 16 item berat badan lahir balita (BBLR) dari 37 responden, dimana 9 diantaranya paling terpengaruh. Responden yang diwawancarai (56,25%) mengalami stunting daripada stunting. BBLR terhambat menjadi 7 orang (43,75%), tetapi tidak mengalami obesitas ringan 21 responden, termasuk keterlambatan perkembangan dan tidak kerdil non-obesitas ringan 15 responden (64,8%) adalah 6 (28,6%).

Analisis uji statistik chi-square menemukan hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian keterlambatan perkembangan, dan didapatkan bahwa nilai  $p = 0,033$  ( $p < 0,05$ ) dan nilai prevalensi sebesar 1,31 ( $PR > 1$ ) dapat diartikan sebagai hubungan yang bermakna. Ada perbedaan yang bermakna antara berat badan lahir dengan kejadian stunting Nilai prevalensi menunjukkan bahwa kemungkinan responden BBLR mengalami stunting 1,31 kali lipat dari responden bukan BBLR.

Bayi dengan berat badan lahir rendah yaitu bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram lebih rentan terhadap gangguan kesehatan dan keterlambatan perkembangan. Berat badan rendah (BBLR) mempengaruhi pertumbuhan anak di masa depan, dan masalah kesehatan yang dihadapi dapat berujung pada komplikasi bahkan kematian (Infodatin, 2017). Berat badan lahir sangat erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang anak balita Penelitian yang dilakukan oleh Anisa (2012) menyimpulkan bahwa di wilayah pasar Muaralabuh terdapat hubungan antara berat badan

lahir dengan kejadian stunting pada balita. Hubungan yang signifikan Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) mengalami hambatan tumbuh kembang dan kemungkinan mengalami penurunan fungsi intelektual. Selain itu, bayi lebih rentan terhadap infeksi dan hipotermia (Nutrition Bureau and Kia Bureau, 2012).

Hal ini sesuai dengan temuan Loida et al. (2017), itu terkait Hubungan berat badan lahir regional dengan kejadian stunting antara 0-59 bulan Mozambik Tengah. Memperoleh hasil penelitian lainnya dari Atikah Rahayu (2015) BBLR terkait dengan Kejadian stunting Badata pada masa kanak-kanak Secara umum, berat badan lahir sangat erat kaitannya dengan kematian janin, bayi baru lahir dan nifas, morbiditas bayi serta pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang. Dampak BBLR akan diturunkan dari generasi ke generasi, dan ukuran perkembangan manusia pada anak BBLR akan menurun.

Bagi wanita dengan berat badan lahir rendah mudah menjadi ibu dengan keterlambatan perkembangan, sehingga cenderung melahirkan bayi dengan berat badan rendah seperti dirinya. Selain itu, anak balita dengan berat lahir normal juga bisa mengalami stunting. Hal ini disebabkan karena asupan gizi anak normal yang tidak mencukupi, yang menyebabkan pertumbuhan tersendat (ketidakmampuan untuk tumbuh) [Supariasa, 2013]

- j. Oleh karena itu, mengingat berat badan lahir rendah merupakan masalah kesehatan masyarakat di banyak negara miskin dan negara berkembang dan berkaitan erat dengan angka kematian dan kesakitan bayi, anak dan keturunan, maka keadaan ini harus diatasi sejak dini. Dalam dua tahun pertama pencegahan gizi buruk sangat berarti, karena anak pada usia ini masih berisiko tinggi terkena penyakit dan kematian sehingga banyak intervensi kesehatan dan gizi yang menasar mereka.
- k. Hubungan pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian *stunting*

Asupan makanan yang benar untuk bayi dan balita (0-24 bulan) adalah ASI eksklusif. Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012, pemberian ASI Eksklusif adalah saat bayi berusia enam bulan tanpa menambah atau mengganti makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin dan mineral) untuk menggantikan ASI. Selain ASI, setelah usia enam bulan, berikan bayi makanan tambahan (MPASI).

Berdasarkan pemahaman tentang hubungan ASI Eksklusif dengan kejadian stunting pada balita di kawasan pasar Muralabu diperoleh 15 responden ASI Eksklusif dari 37 responden, dimana 9 responden diantaranya (60%) yang mendapat ASI eksklusif dan jumlah orang yang mengalami stunting dan tidak stunting sebanyak 6 (40%), sedangkan 22 responden tidak ASI eksklusif, termasuk 17 responden (77,3%) yang tidak mendapatkan ASI. Sebanyak 5 orang (22,7%) ASI lengkap, terhambat dan tidak pusing.

Dari hasil analisis data diatas maka dapat digunakan uji statistik chi-square untuk melihat hubungan antara ASI Eksklusif dengan kejadian stunting  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) yang dapat dijelaskan sebagai kejadian ASI Eksklusif dan Stunting. Ada hubungan yang signifikan antara. Rendahnya angka pemberian ASI merupakan ancaman bagi tumbuh kembang anak yang akan berdampak pada tumbuh kembang kualitas sumber daya manusia secara umum. Pemberian ASI yang baik pada ibu akan membantu menjaga keseimbangan gizi anak agar anak dapat tumbuh dengan normal. Bayi membutuhkan ASI selama pertumbuhan untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya. Oleh karena itu, ibu harus dan hanya boleh memberikan ASI kepada bayinya sampai usia bayi 6 bulan, dan terus memberikan ASI hingga bayi berusia 2 tahun untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya.

Nilai prevalensi 1,56 ( $PR > 1$ ) menunjukkan bahwa kemungkinan terjadinya gangguan perkembangan pada responden yang mendapat ASI Eksklusif 1,56 kali lipat dari pada responden yang tidak mendapat ASI eksklusif. Kolostrum dalam ASI kaya akan antibodi, karena ASI mengandung banyak protein untuk menopang kehidupan dan membiakkan bakteri, sehingga pemberian ASI eksklusif dapat menurunkan risiko kematian bayi. Ini menghasilkan kolostrum kuning muda dari hari pertama sampai hari



ketiga. Hari keempat hingga kesepuluh menyusui mengandung lebih sedikit imunoglobulin, protein dan laktosa dibandingkan kolostrum, tetapi memiliki lemak dan kalori yang lebih tinggi, dan ASI lebih putih. Selain mengandung zat makanan, ASI juga mengandung zat penyerap tersendiri berupa enzim, yang tidak mengganggu enzim di usus. Susu formula tidak mengandung enzim, sehingga penyerapan makanan bergantung pada enzim yang ada di usus bayi (Kemenkes RI, 2016).

Malnutrisi juga terkait dengan usia dan jenis kelamin. Anak usia 6 bulan merupakan titik awal terjadinya masalah gizi kurang, karena pada usia 6 bulan zat gizi dalam ASI mulai berkurang dan makanan pendamping yang diberikan tidak mencukupi (Tarigan, 2003; Arnisam, 2006). Dalam hal ASI eksklusif, ASI dengan bantuan dan perawatan kesehatan, pola makan ibu memiliki dampak yang lebih besar pada pertumbuhan setelah 6 bulan (Whitney & Rolfes, 2008).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aridiyah (2015), kejadian stunting pada balita di perdesaan dan perkotaan dipengaruhi oleh variabel pemberian ASI eksklusif. Rendahnya pemberian ASI Eksklusif merupakan salah satu penyebab terhambatnya pertumbuhan pada balita, hal ini disebabkan oleh kejadian-kejadian di masa lalu dan akan berdampak pada masa depan anak balita. Sebaliknya pemberian ASI yang baik oleh ibu akan berdampak pada Membantu menjaga keseimbangan gizi anak, agar anak dapat tumbuh dengan normal.

1. Hasil uji statistik penelitian Arifin (2012) menghasilkan p-value = 0,0001 yang menyimpulkan bahwa ada hubungan tertentu antara pemberian ASI dengan kejadian stunting. Meskipun nilai OR dari hasil analisis adalah 3,7 (95% CI; 1.740-7.940), hal ini berarti risiko keterlambatan perkembangan pada anak yang tidak diberi ASI eksklusif adalah 3,7 kali lipat dari pada bayi yang diberi ASI eksklusif.

Keputusan Menteri Kesehatan 450 / MENKES / SK / VI / 2004 Peraturan tentang ASI eksklusif merekomendasikan untuk melanjutkan pemberian ASI eksklusif di Indonesia

selama 6 bulan sampai anak berusia 2 tahun atau lebih, dan memberikan makanan tambahan yang sesuai. ASI adalah makanan bayi terpenting, terutama di beberapa bulan pertama kehidupan. ASI merupakan sumber gizi yang ideal, karena ASI merupakan makanan bayi yang paling ideal dengan kualitas dan kuantitas yang tinggi, sehingga kandungan ASI sangat seimbang yang dapat memenuhi kebutuhan tumbuh kembang bayi. ASI sebagai makanan tunggal akan cukup untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang bayi usia 6 bulan. Hal ini menyebabkan beberapa organisasi seperti Organisasi Kesehatan (Organisasi Kesehatan Dunia), Dana Anak-anak Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNICEF) dan Majelis Kesehatan Dunia (Majelis Kesehatan Dunia) untuk merekomendasikan pemberian ASI hanya selama enam bulan. Setelah itu, berikan makanan pendamping ASI yang benar dan tepat untuk dilanjutkan menyusui hingga usia 2 tahun atau lebih.

Richard (2001) percaya bahwa mendefinisikan sifat hubungan jangka panjang antara menyusui dan perkembangan anak merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting. Pemberian ASI memberikan manfaat anti mikroba, gizi, higienis, ekonomis, dan psikologis bagi bayi dan ibu. Pemberian ASI juga merupakan salah satu metode kontrasepsi yang secara tidak langsung dapat meningkatkan ketersediaan pangan anak dengan mengurangi tekanan pada sumber daya keluarga. Ada bukti nyata bahwa pemberian ASI jangka panjang dapat mencegah morbiditas serius dan kematian yang disebabkan oleh infeksi saluran cerna dan saluran pernapasan, dan hingga tahun kedua, tingkat perlindungan lebih tinggi pada orang dengan angka kematian anak yang tinggi.

Berdasarkan studi hubungan, dari 37 responden, 6 responden menyusui sebelum usia 2 tahun, dan yang terbanyak adalah 2 responden (33,3%) yang menyusui sebelum usia 2 tahun. , Angka kejadian keterlambatan perkembangan dan tidak ada syok setinggi 4 orang (66,7). %), sementara 31 responden tidak mulai menyusui sampai usia 2 tahun, dimana 26 responden (83,9%) tidak mulai berkembang sampai usia 2 tahun, dan tidak lebih dari 5 orang (16,1%) mengalami stunting dan tidak stunting ).

Saat menggunakan uji statistik chi-square untuk menganalisis hasil untuk memahami hubungan antara pemberian ASI di bawah usia 2 tahun dengan kejadian stunting, nilai  $p = 0,249$  ( $p > 0,05$ ) dan nilai prevalensi 1,15 ( $PR > 1$ ), yang dapat dijelaskan Tidak ada hubungan yang bermakna antara pemberian ASI pada usia 2 tahun ke atas dengan terjadinya keterlambatan perkembangan dan nilai prevalensi, hal ini menunjukkan bahwa peluang keterlambatan perkembangan pada responden yang mendapat ASI di bawah usia 2 tahun adalah pada responden yang tidak menyusui sebelum usia 11 tahun. 1,15 kali lipat dari 2 tahun.

Pada pemberian ASI di bawah usia 2 tahun, tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian stunting, karena untuk balita, pemberian ASI bukanlah pilihan terbaik. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Robert et al. (2008) bahwa dengan pemberian ASI yang optimal, anak akan menjadi pendek jika tidak mendapat MPASI yang cukup dan berkualitas setelah usia 6 bulan. Sebagian besar keterlambatan perkembangan (dan penurunan berat badan di luar kelaparan) terjadi dalam dua tahun pertama kehidupan.

Hal ini disebabkan karena anak memiliki kebutuhan gizi yang tinggi serta kualitas dan kuantitas makanan yang dibatasi, terutama selama masa pemberian ASI eksklusif. setelah itu. Bertentangan dengan temuan Susilowati (2009) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara lama menyusui dengan status gizi anak, yang berimplikasi penting pada indeks  $PB / U$  dan  $BW / PB$  yang menunjukkan keterlambatan perkembangan (sesak) dan penurunan berat badan. Insiden (tipis). cukup tinggi. Durasi rata-rata menyusui tidak memenuhi rekomendasi global.

Analisis tabulasi silang menegaskan bahwa ada hubungan positif antara lama menyusui, pemberian ASI eksklusif dan pertumbuhan linier anak. Studi ini memperkuat rekomendasi penggunaan indeks  $PB / U$  dan  $BB / PB$  untuk pengukuran antropometri di negara berkembang untuk memungkinkan penelitian yang lebih mendalam tentang masalah status gizi, karena mereka lebih mudah menemukan keterlambatan dan

pemborosan perkembangan. Richard (2001) mengatakan bahwa laporan tentang periode menyusui yang lama dan pertumbuhan yang buruk telah memicu kontroversi tentang perlunya memberikan informasi kepada wanita tentang metode pemberian makan.

Dikatakan bahwa tenaga kesehatan yang berbeda mungkin secara tidak konsisten menjelaskan bahwa menyusui adalah baik, tetapi pemberian ASI jangka panjang tidak baik, dan secara keseluruhan, ibu menyusui berisiko lebih besar mengalami malnutrisi. Selama masa infeksi, asupan MP-ASI dipertahankan, sedangkan konsumsi MP-ASI sangat dikurangi. Oleh karena itu, di negara-negara yang sudah dilanda kemiskinan dan penyakit menular, rekomendasi dari beberapa penulis untuk mempersingkat masa menyusui dalam kasus pertumbuhan yang buruk mungkin sangat berbahaya.

Ini sangat kontras dengan teori yang dikemukakan oleh Dr. FRCPC dan Dr. Jack Newman. "Guide to Breastfeeding" Jack Newman, dalam "Ultimate Breastfeeding Answers" di Amerika Serikat, mengatakan bahwa dibandingkan dengan tahun pertama, ada lebih banyak faktor imunologi untuk menyusui di tahun kedua. Ia menyimpulkan dari observasi di beberapa hari pembibitan bahwa anak yang masih disusui memiliki frekuensi sakit yang lebih rendah dibandingkan dengan anak yang tidak disusui, yang artinya ibu yang terus menyusui sebenarnya lebih mungkin dibandingkan ibu lain yang melahirkan bolak-balik. Kurangi waktu kerja. Anak-anak memeriksakan diri ke dokter dan merawatnya karena lebih sering sakit (Agung, 2006).

Menurut penelitian Robert (2008), pada bayi usia 6-23 bulan tidak ada peningkatan risiko menyusui karena semua penyebab kematian dan kejadian diare, sedangkan risiko akibat lainnya tidak meningkat. Peran diare tampaknya sangat penting, yang mungkin karena hubungannya dengan malabsorpsi nutrisi, anoreksia, dan katabolisme. Sejak lahir hingga dua tahun, ibu diperintahkan untuk menyusui anaknya. Jangka waktu pemberian ASI sempurna maksimal dua tahun.

Di sisi lain, angka ini juga dapat diartikan bahwa pemberian ASI setelah usia ini bukanlah menyusui, yang memiliki implikasi hukum yang mengarah pada status yang

sama dengan pemberian ASI pada anak kandung dalam banyak. Meski ada pesanan untuk dua tahun menyusui, itu tidak wajib. Bagi orang yang ingin menyusui dengan sempurna, ini bisa dimaklumi. Namun demikian, ini adalah saran yang terlalu ditekankan, seolah-olah itu adalah perintah wajib. Jika orang tua setuju untuk mempersingkat periode, tidak apa-apa. Namun, seharusnya tidak lebih dari dua tahun. Artinya jika janin hamil 9 bulan maka akan disusui selama 21 bulan, dan bila baru enam bulan masa menyusui akan menjadi 24 bulan.

Tentu saja ibu menyusui membutuhkan uang agar kesehatannya tidak terganggu dan selalu minum ASI. Atas dasar inilah kewajiban menyediakan makan dan sandang merupakan kewajiban yang dilandasi oleh hubungan suami istri. Oleh karena itu, apabila mereka menuntut santunan untuk biaya menyusui anaknya, maka selama tuntutan santunan dirasa wajar, maka suami wajib memenuhi kewajiban tersebut. .

Sang ayah bertanggung jawab, karena anak tersebut menyandang nama ayah, seolah-olah anak tersebut dilahirkan olehnya, karena nama ayah akan disandang oleh anaknya, yaitu oleh ayahnya. Kewajiban makan dan berpakaian harus dilakukan secara literal, artinya penafsiran maknanya adalah bahwa seseorang tidak mempunyai beban, tetapi berdasarkan tingkat kemampuannya.

Ibu tidak boleh menderita karena anak-anaknya, yaitu jangan sampai ayah mengurangi hak alami ibu dalam memberi nafkah dan menyediakan sandang, karena ibu bergantung pada kasih sayang ibu kepada anak-anaknya. Ayah juga menderita, karena ibu memanfaatkan anak untuk diasuh sebagai alasan untuk meminta ayah memberikan sesuatu yang melebihi kemampuan ayahnya

Dengan syarat ini, anak yang dilahirkan dapat memastikan pertumbuhan fisik dan perkembangan intelektual yang baik. Padahal, meski sang ayah telah meninggal dunia, jaminan ini tetap harus diperoleh karena ahli waris memiliki kewajiban untuk memenuhi kebutuhan ibu dari anak tersebut agar dapat menyusui dan mengasuh anaknya.

Di sini kita tahu bahwa tingkat menyusui adalah: Pertama, tingkat yang sempurna, kurang dari 2 sampai 30 bulan dari rahim. Kedua, periode yang cukup lebih buruk dari periode dan level yang sempurna; ketiga, jika Anda tidak ingin mengatakan "kurang", maka periode waktu ini tidak cukup, yang dapat menyebabkan kejahatan, yaitu tidak mau menyusui anak Anda. Oleh karena itu, bagi yang belum mencapai tingkat yang memadai, karena alasan yang dapat dipertanggungjawabkan (misalnya karena penyakit), Serta kemungkinan alasan kritik, misalnya, para ayah harus mencari seseorang yang dapat menyusui anaknya karena sang ibu meminta pembayaran yang tidak pantas. Ayah, dengan informasi ini, jika Anda ingin anak Anda disusui oleh wanita lain, dan ibunya tidak mau menyusui dia, maka jika Anda memberikan hadiah atau hadiah kepada wanita lain sesuai dengan keadaan yang sesuai, itu benar. Anda tidak memiliki dosa

#### Hubungan status imunisasi terhadap kejadian *stunting*

Imunisasi merupakan suatu pekerjaan yang secara aktif membangkitkan atau memperkuat kekebalan masyarakat terhadap penyakit, sehingga apabila suatu saat terpapar penyakit tidak akan jatuh sakit atau hanya menderita penyakit ringan (Permenkes, 2013). Imunisasi biasanya dalam bentuk vaksin. Vaksin merangsang sistem kekebalan tubuh untuk melawan infeksi atau penyakit. Saat memvaksinasi atau mengimunisasi tubuh kita, tubuh kita akan terkena sejumlah kecil virus atau bakteri yang dilemahkan atau dibunuh dan aman (Immunity, 2010)

Sasaran penting imunisasi anak adalah untuk mengurangi risiko (morbiditas) dan mortalitas (kematian) anak akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Penyakit tersebut antara lain: tuberkulosis, difteri, tetanus, pertusis, polio, campak, hepatitis B, dll. Status imunisasi anak merupakan indikator kontak dengan pelayanan kesehatan. Karena kontak dengan layanan kesehatan diharapkan dapat membantu memperbaiki masalah gizi baru, status kekebalan diharapkan berdampak positif pada status gizi jangka panjang (Yimer, 2000).

Sebagai salah satu populasi sasaran program imunisasi, setiap bayi perlu mendapat imunisasi dasar lengkap, antara lain 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-HB dan / atau DPT-HB-Hib, 4 dosis polio, dan 1 dosis campak. Di antara imunisasi dasar wajib lengkap, campak merupakan imunisasi yang mendapat perhatian lebih, yang sejalan dengan komitmen global Indonesia untuk menjaga cakupan global imunisasi campak setinggi 90% dan merata. Hal ini terkait dengan penyakit campak sebagai salah satu penyebab utama kematian pada balita. Oleh karena itu, pencegahan penyakit campak berperan penting dalam menurunkan angka kematian balita (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan hubungan antara status imunisasi balita dengan kejadian stunting di kawasan Pasar Muar Rab diperoleh 21 responden dengan status imunisasi dasar tidak lengkap dari 37 responden dimana 16 responden (76,2 %) memiliki status imun dasar dan keterlambatan perkembangan yang paling tidak lengkap. Dan tidak lebih dari 5 orang (23,8%) yang tidak stunting, dan 16 responden memiliki status imun lengkap, dimana 10 orang (62,5%) memiliki status imun keterlambatan perkembangan dan kejadian tidak kaget sebanyak 6 orang. (37,5%)

Hasil analisis hubungan antara status imun dengan kejadian keterlambatan perkembangan melalui uji statistik chi-square didapatkan nilai  $p = 0,123$  ( $p < 0,05$ ) dan nilai prevalensi 1,18 ( $PR > 1$ ), yang dapat dijelaskan sebagai keduanya. Ada hubungan yang bermakna antara status imun dasar, angka kejadian dan prevalensi stunting menunjukkan bahwa responden dengan status imun dasar lengkap 1,18 kali lebih mungkin mengalami keterlambatan perkembangan dibandingkan dengan responden dengan status imun dasar lengkap. kesempatan.

Imunisasi dan Keterlambatan perkembangan akibat imunisasi tidak mencegah keterlambatan perkembangan pada anak di bawah usia 5 tahun. Imunisasi merupakan salah satu cara pencegahan penyakit infeksi terutama PD3I, tidak hanya untuk anak-anak sejak bayi hingga remaja, tetapi juga untuk orang dewasa. Cara kerja kekebalan adalah untuk menyediakan antigen bakteri atau virus tertentu yang dilemahkan atau dimatikan,

tujuannya adalah untuk merangsang sistem kekebalan tubuh untuk membentuk antibodi. Antibodi yang terbentuk setelah imunisasi dapat digunakan untuk secara aktif membangkitkan atau meningkatkan imunitas manusia, yang dapat mencegah atau mengurangi konsekuensi penularan PD3I (Imunisasi Infodatin, 2016)

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aridiyah (2015). Analisis hubungan antara pelayanan kesehatan balita dengan kejadian stunting menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara imunitas dengan kejadian stunting pada balita di perdesaan dan perkotaan. Dalam hal ini imunisasi lengkap tidak menjamin anak terhindar dari penyakit. Ada beberapa hal yang mempengaruhi manfaat dan efektifitas imunisasi, misalnya kualitas vaksin yang tidak memenuhi standar atau berkualitas buruk. Artinya, dua balita dengan imunisasi lengkap dan tidak lengkap memiliki peluang yang sama untuk mengalami stunting.

Berbeda dengan penelitian Neldawati (2006) yang menunjukkan bahwa status imun berhubungan bermakna dengan indikator TB / status gizi usia. Milman dkk. (2005) menunjukkan bahwa status imun merupakan faktor fundamental dalam kejadian stunting pada anak <5 tahun. Hasil penelitian Picauly et al. (2013) menunjukkan bahwa anak tanpa riwayat imunisasi memiliki peluang lebih besar untuk mengalami stunting dibandingkan dengan anak dengan riwayat imunisasi. Anak-anak tanpa riwayat imunisasi 1,983 kali lebih mungkin mengalami stunting. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa kelengkapan imunitas berdampak penting pada stunting. Anekwe dkk. (2012) menunjukkan bahwa anak yang diimunisasi tuberkulosis, difteri, tetanus dan cacar tidak menunjukkan tanda-tanda stunting.

#### Hubungan jarak kelahiran terhadap kejadian *stunting*

Setiap orang berhak memutuskan kehidupan reproduksinya sendiri tanpa diskriminasi, paksaan dan / atau kekerasan. Diskriminasi, paksaan dan / atau kekerasan tersebut menghormati nilai-nilai luhur yang tidak direndahkan sesuai dengan norma



agama (Pasal 72 UU Kesehatan). 2 "UU No. 36 Tahun 2009"). Hak untuk mengatur jarak kelahiran anak. Merupakan ruang lingkup keluarga berencana (KB) untuk mengatur jarak kelahiran anak pada jarak yang ideal. Selain membantu pasangan suami istri untuk melahirkan pada usia yang ideal dan memiliki jumlah anak yang ideal, juga mengatur kehamilan melalui cara-cara sebagai berikut: alat kontrasepsi Dan obat-obatan.

Dilihat dari hubungan jarak kelahiran balita dengan kejadian stunting di pasar Muaralabuh, ditemukan bahwa dari 37 responden terdapat 22 responden yang memiliki interval kelahiran sangat dekat, sebagian besar 13 responden. Dari responden (59,1%), mereka sangat dekat dengan keterlambatan kelahiran dan ketidakstabilan. Sebanyak 9 orang (40,9%), dan 15 responden memiliki interval kelahiran yang lama, dimana 10 responden (66,6%) memiliki interval kelahiran yang panjang, dan sebanyak 5 orang (33,4%) mengalami stunting dan tidak stunting. ).

Uji statistik chi-square digunakan untuk menganalisis hasil analisis hubungan selang kelahiran dengan kejadian keterlambatan perkembangan. Nilai  $p = 0,064$  ( $p < 0,05$ ) dan nilai prevalensi 1,21 ( $PR > 1$ ) dapat diartikan sebagai Ada hubungan yang signifikan antara keduanya. Rasio jarak kelahiran dengan kejadian stunting dan angka prevalensi menunjukkan probabilitas perkembangan stunting pada responden yang lebih dekat dengan kelahiran adalah 1,21 sedangkan untuk responden yang memiliki jarak lahir jauh. Waktu

Interval lahir secara tidak langsung berpengaruh pada stunting. Asupan makanan dijadikan sebagai variabel antara. Anak yang lahir kurang dari dua tahun memiliki kebiasaan makan yang kurang baik (Prasetyo, 2008, Mutia, 2016). Santrock, 2002 mengemukakan hal yang sama dalam Mutia 2016, yaitu jarak kelahiran mempengaruhi pola asuh anak. Jarak kelahiran yang memadai memungkinkan ibu pulih sepenuhnya dari situasi pascapartum. Jika ibu sudah nyaman dengan kondisinya, maka ibu dapat membentuk metode pengasuhan yang baik dalam mengasuh dan membesarkan anak sehingga dapat menjaga pemberian makan anak dengan baik. Candra (2013)

juga mengemukakan bahwa jarak kelahiran yang terlalu dekat dapat membuat orang tua tidak nyaman, sehingga tidak ideal dalam mengasuh anak.

Dalam studi Mutia Ayuningtias (2016), 48 anak (76,2%) lahir lebih lama dari 48 anak, dan 40 anak tidak stunting. Hal ini dikarenakan berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa para ibu menggunakan alat kontrasepsi untuk menjaga interval persalinan anak setelah melahirkan, karena menurut mereka jarak persalinan yang jauh akan memudahkan ibu dalam mengasuh anaknya terutama kebiasaan makan. Dari wawancara dapat diketahui bahwa ibu yang memiliki anak di antara kelahiran lebih cenderung mempraktikkan kebiasaan makan karena anak yang lebih besar dapat hidup mandiri, sehingga ibu dan pengasuh lebih mudah mengatur pola makan anak, terutama anak yang lebih kecil.

Pesan kami adalah karena kelemahan ibu lebih tinggi daripada kelemahan, yaitu banyak kelemahan, dan selalu Menjumlahkan. Kemudian dia mengalami kesulitan melahirkannya, dan kemudian Perawatan dan perawatan kapan saja, bahkan di tengah malam Yang lainnya hampir tertidur. Sampai disapih Nyalakan api dalam waktu dua tahun sejak tanggal lahir anak. ini adalah Orang tua ingin meningkatkan ASI (Shihab, 2009).

Dalam surat Luqman tertulis ananisykur lili yang artinya berterima kasih kepada saya. Ini adalah anjuran untuk bersyukur selamanya. Ini adalah bentuk rasa syukur umat manusia kepada Tuhan berupa pengasuhan dan pemberian MP-ASI (makanan pendamping ASI) yang baik kepada anak untuk memenuhi kebutuhan kuantitas dan kualitas pangan guna menunjang kebutuhan anak. Pertumbuhan dan kebutuhan pembangunan.

Anak-anak yang tidak kuat secara fisik dapat menerima masa penyapihan selama dua tahun. Kondisi fisik anak menjadi pertimbangan utama mengapa Islam menganjurkan wanita untuk tidak hamil lagi dalam waktu dekat. Dikatakan pula bahwa ibu hamil akan mengalami berbagai kelemahan, sehingga sangat diperlukan ibu untuk siap secara fisik dan psikis untuk bisa hamil kembali. Orang tua menyarankan agar orang tua merencanakan jarak antara setiap kelahiran anak dan Islam menyarankan bahwa hanya kesehatan fisik dan mental ibu dan anak yang dipertimbangkan.

Hubungan status ekonomi keluarga terhadap kejadian *stunting*

Dibandingkan dengan faktor genetik dan etnis, faktor ekonomi dan lingkungan memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap pertumbuhan anak (Habicht, 1974; Paramitha, 2012). Dipercaya bahwa status ekonomi keluarga berdampak besar pada kemungkinan anak stunting dan underweight. Dalam hal ini, WHO merekomendasikan status gizi stunting atau stunting sebagai indikator untuk mengukur tingkat sosial ekonomi yang rendah dan sebagai indikator untuk memantau pemerataan kesehatan (Zere & McIntyre, 2003, Paramitha, 2012).

Faktor ekonomi yang mempengaruhi status gizi dimulai dari tingkat pendidikan yang mempengaruhi jenis pekerjaan. Kemudian, jenis pekerjaan akan berdampak pada pendapatan. Penghasilan rendah menjadi hambatan yang menghalangi keluarga untuk memenuhi kebutuhan gizi seluruh anggota keluarga dari segi kualitas dan kuantitas. Penghasilan rendah membatasi pengeluaran orang untuk makanan. Situasi ini menghalangi orang untuk membeli makanan dalam jumlah yang diperlukan.

Dengan mengetahui hubungan status ekonomi keluarga dengan kejadian stunting pada balita di pasar Muaralabuh, ditemukan bahwa dari 37 responden terdapat 20 responden yang berstatus ekonomi keluarga rendah yang sebagian besar adalah 17 responden. Dari responden (85%), status ekonomi keluarganya rendah dan tidak ada kejadian stunting. Tiga orang (terhitung 15%) mengalami stunting, dan 17 orang memiliki status ekonomi yang lebih tinggi, di antara mereka, sebanyak 5 orang (terhitung 29,4%) memiliki status ekonomi yang lebih tinggi dan stunting serta tidak stunting. Ada 12 orang yang diwawancarai (70.6%).

Analisis uji statistik Fisher menemukan hubungan antara status ekonomi keluarga dengan kejadian stunting, didapatkan  $p = 1.000$  ( $p > 0,05$ ) dan nilai prevalensi 0,95 ( $PR > 1$ ), yang dapat diartikan tidak ada hubungan yang signifikan. Terdapat perbedaan yang signifikan antara situasi ekonomi keluarga dengan kejadian stunting, nilai prevalensi menunjukkan bahwa situasi ekonomi keluarga responden berisiko stunting 0,95 kali lebih tinggi dibandingkan responden dengan kondisi ekonomi keluarga. Tidak ada hubungan antara tingkat pendapatan keluarga dengan keterlambatan perkembangan (singkat), hal ini sejalan dengan Nursalam, Putri Anindita pada tahun 2005, dan 2012 yang menunjukkan bahwa pertumbuhan bayi tidak terlalu berpengaruh terhadap pendapatan keluarga. Jika

keluarga berpenghasilan rendah dapat menggunakan bahan sederhana dan murah untuk mengelola makanan bergizi, bayi akan tumbuh dengan baik.

Kurangnya hubungan penting tersebut kemungkinan disebabkan oleh metode pengklasifikasian status ekonomi keluarga, sehingga tidak dapat diterapkan pada penelitian ini. Kesalahan klasifikasi akan membuat hasil uji statistik tidak terlihat. Kami menyarankan jika ingin mengklasifikasikan status ekonomi keluarga tinggi dan rendah harus berdasarkan rata-rata pendapatan rumah tangga bulanan semua responden. Jika lebih tinggi dari tingkat rata-rata maka tergolong status ekonomi tinggi, sebaliknya jika lebih rendah dari tingkat rata-rata tergolong status ekonomi keluarga rendah.

Peningkatan pendapatan keluarga terkait dengan penurunan tajam kemungkinan anak-anak stunting. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa peningkatan pendapatan masyarakat miskin merupakan strategi yang bertujuan untuk membatasi tingginya angka kejadian stunting pada masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah. Gizi buruk, terutama stunting, lebih banyak dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi dan oleh karena itu harus dilihat dalam konteks yang lebih luas, tidak hanya di bidang biomedis (Zere & McIntyre, 2003 dalam Paramitha, 2012).

Sedangkan menurut Astari (studi di Paramitha tahun 2005), karakteristik sosial ekonomi anak stunting dan normal tahun 2012 sangat rendah. Fakta membuktikan bahwa dibandingkan dengan anak stunting dari keluarga miskin, tingkat pengasuhan anak normal miskin lebih tinggi. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Aridiyah (2015) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan keluarga dengan kejadian stunting pada balita di perdesaan dan perkotaan.

Dilihat dari karakteristik pendapatan keluarga, salah satu penyebab utama pertumbuhan bayi dan berbagai masalah gizi lainnya adalah berasal dari krisis ekonomi. Ketika sebagian besar anak di bawah usia 5 tahun mengalami gangguan tumbuh kembang, maka status ekonominya lebih rendah.

Dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zilda Oktarina (2013), anak usia dini dari keluarga dengan status ekonomi rendah lebih rentan

mengalami keterlambatan perkembangan dibandingkan dengan anak dari keluarga dengan status ekonomi tinggi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### ***A. Kesimpulan***

Berdasarkan hasil penelitian ini mengenai determinan kejadian *stunting* pada balita usia 24 - 59 bulan di Wilayah Puskesmas Pasar Muaralabuh, Kabupaten Solok Selatan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan antara panjang badan lahir dan kejadian *stunting*.
2. Terdapat hubungan antara berat badan lahir dan kejadian *stunting*.
3. Terdapat hubungan antara pemberian ASI eksklusif dan kejadian *stunting*.
4. Tidak ada hubungan antara pemberian ASI sampai dengan usia 2 tahun dan kejadian *stunting*.
5. Tidak ada hubungan antara status imunisasi dan kejadian *stunting*.
6. Terdapat hubungan antara jarak kelahiran dan kejadian *stunting*.
7. Tidak ada hubungan antara jumlah anak dan kejadian *stunting*.
8. Tidak ada hubungan antara status ekonomi keluarga dan kejadian *stunting*.

#### ***B. Saran***

1. Dinas kesehatan dan instansi-instansi terkait sebaiknya meningkatkan pemberian informasi dan sosialisasi kepada masyarakat mengenai *stunting*.
2. Diperlukan intervensi fokus kesehatan ibu dan anak untuk mengurangi risiko bayi dengan berat badan lahir rendah dan panjang badan lahir rendah demi mengurangi risiko semakin banyaknya anak yang mengalami *stunting*.

3. Menumbuhkan kesadaran ibu akan pentingnya pemberian ASI eksklusif kepada ibu dan calon ibu melalui penyuluhan.
4. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menambahkan variabel lain seperti variabel umur kehamilan ibu dan faktor genetik

## DAFTAR PUSTAKA

- Allen, L.H dan Gillespie, S.R. 2001. What Works? A Review of The Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. Manila: ABD.
- Anggraeni, D.M., & Saryono. 2013. Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan. Nuha Medika, Yogyakarta.
- Astari, LD. 2006. Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Stunting Anak Usia 6-12 Bulan Di Kabupaten Bogor. Tesis. Paskasarjana. Institusi Pertanian Bogor. Bogor.
- Fitryaningsih, Ani. 2016. Hubungan Berat Badan Lahir dan Jumlah Anak Dalam Keluarga Dengan Kejadian *Stunting* Pada Balita Usia 24-59 Bulan di Puskesmas Gilingan Surakarta. Skripsi. Program Studi S1 Ilmu Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Gibney, M.J., et al. 2009. Gizi Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC.
- Hoddinott J, Alderman H, Behrman JR, Haddad L, Horton S. 2013. The economic rationale for investing in stunting reduction. university of pennsylvania scholarly commons. Grand Challenges Canada Economic Returns to Mitigating Early Life Risks Project.
- Kemenkes RI. 2010. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). Jakarta : Kemenkes RI
2013. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes Ri
2015. Kondisi Pencapaian Program Kesehatan Anak Indonesia. Infodatin. Jakarta. 1-12.
2012. Menuju Persalinan yang Aman dan Selamat agar Ibu Sehat Bayi Sehat: Promkes Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No : 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak. Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu Dan Anak Direktorat Bina Gizi, Jakarta.



- Khoirun dkk. (2015). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita. *Media Gizi Indonesia*, Vol. 10, No. 1 Januari–Juni 2015: Hlm. 13–19
- Loida, dkk. (2017). Factors Associated with Stunting among Children Aged 0 to 59 Months from the Central Region of Mozambique. *Nutrients* 2017, 9, 491; doi:10.3390/nu9050491. [www.mdpi.com/journal/nutrients](http://www.mdpi.com/journal/nutrients)
- Mahgoub, Salah E.O, Maria Nnyepi, Theodore Bandeke., 2007. Factors Affecting Prevalence Of Malnutrition Among Children Under Three Years Of Age In Botswana. *African Journal of Food Agriculture Nutrition and Development*, Vol. 6, No. 1, 2006.
- Martin, Richard M. 2001. Commentary: Does breastfeeding for longer cause children to be shorter? *Int J Epidemiol* (2001) 30 (3): 481-484. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.481>
- Mamiro, P.S., Kolsteren, P., Roberfroid, D., Tatala, S., Opsomer, A.S., Camp, H.V., 2005. Feeding Practices and Factors Contributing to Wasting, Stunting, and Iron-deficiency Anaemia among 3-23-month Old Children in Kilosa District, Rural Tanzania. *J Health Popul Nutr* 23 (3): 222-230.
- MCA Indonesia. 2015. Stunting dan Masa Depan Indonesia. Tersedia di <http://mca-indonesia.go.id/wp-content/uploads/2015/01/Backgrounder-Stunting-ID.pdf> (diakses 25 Oktober 2017).
- Nasikhah, R. 2012. Faktor-faktor Resiko Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-36 bulan di Kecamatan Semarang Timur. Artikel Penelitian. Program Studi Ilmu Gizi Universitas Diponegoro. Semarang.
- Ni'mah K, Nadhiroh SR. Faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting balita. *Media Gizi Indonesia*. 2015;Vol. 10, No. 1 Januari–Juni.
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Novi, A. 2013. Hubungan antara Kebersihan Diri dan Lama Tinggal Dengan Kejadian Penyakit Skabies di Pondok Pesantren Al-Hamdulillah Rembang. Skripsi : UMS.
- Neldawati. 2006. Hubungan Pola Pemberian Makan pada Anak dan Karakteristik Lain dengan Status Gizi Balita 6-59 Bulan di Laboratorium Gizi Masyarakat Puslitbang Gizi dan Makanan (P3GM) (Analisis Data Sekunder Data Balita Gizi Buruk Tahun 2005) (Skripsi). Depok: FKM UI
- Olumakaiye. 2013. Dietary Diversity as a Correlate of Undernutrition Among School-Age Children in Southwestern Nigeria. Volume 37, Issue 1. Nigeria
- Oktarina, Zilda, dkk. 2013. Faktor Risiko *Stunting* Pada Balita (24—59 Bulan) di Sumatera. *Jurnal Gizi dan Pangan*, November 2013, 8(3): 175—180

- Perignon, et al., 2014. Stunting, Poor Iron Status and Parasite Infection Are Significant Risk Factors for Lower Cognitive Performance in Cambodian School-Aged Children. *Plos One* 9 (11).
- Proverawati, A dan Wati, E K. 2011. Ilmu Gizi untuk Perawat dan Gizi Kesehatan. Yulia Medika. Yogyakarta.
- Pudjiadi, Solihin. 2001. Ilmu Gizi Klinis pada Anak. Edisi Keempat. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Infodatin. 2017, Situasi dan Analisis ASI Eksklusif. Jakarta
- Ramli, dkk. 2009. Prevalence and Risk Factors for Stunting and Severe Stunting Among Under-fives in North Maluku Province of Indonesia. *BMC Pediatric*.
- Robert dkk. (2008). Maternal and Child Undernutrition 1; Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences. *The Lancet*, 371: 243-260
- Rosha, Bunga Ch, Hardinsyah Hardinsyah, and Yayuk Farida Baliwati, 2007. Analisis Determinan Stunting Anak 0-23 Bulan Pada Daerah Miskin Di Jawa Tengah Dan Jawa Timur (Determinant Analysis Of Stunting Children Aged 0- 23 Months In Poor Areas In Central And East Java). Penelitian Gizi dan Makanan (The Journal of Nutrition and Food Research)
- Rahayu, Atikah, dkk. 2015. Riwayat Berat Badan Lahir dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia Bawah Dua Tahun Kesmas. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 9(3):67-73
- Supariasa, dkk. 2002. "Penilaian Status Gizi". Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Syarfaini. 2013. Gambaran Pola Pengasuhan Gizi pada Anak Balita di Kecamatan Tapalang Kab. Mamuju Prop. Sulawesi Barat. *Jurnal kesehatan* Vol. VII (1).
- Suciari, Luh Sri. 2015. Hubungan Antara Status Gizi Saat Hamil, Panjang Badan Lahir, Berat Badan Lahir, dan Umur Awal Pemberian MP-ASI Dengan Keadaan Stunting pada Balita Umur 24-59 Bulan di UPT Puskesmas Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana
- Susilowati, dkk. (2010). Breast-feeding duration and children's nutritional status at age 12-24 months. *Paediatr Indones*, 50:56-61

Supariasa, dkk. 2002. Penilaian Status Gizi. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Unicef. 2009. Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition a Survival and Development Priority. New York. USA

Uripi, V. 2004. Menu Sehat Untuk Balita. Jakarta : Puspa Swara.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2005) WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development, Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2012. Angka Kematian Bayi. Amerika: WHO

World Health Organization (WHO). 2013. About Cardiovascular diseases. World Health Organization. Geneva. Cited

World Health Organization (WHO). 2015. World Health Organization

## Lampiran Analisis Data

### Statistics

		Pend. Terakhir Ibu	Pekerjaan Ibu
N	Valid	37	37
	Missing	0	0
	Mean	2,46	2.01
	Median	2,00	2.00
	Std. Deviation	.717	.166
	Minimum	2	1
	Maksimum	6	3
	Sum	451	367

### Pend. Terakhir Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD/Sederajat	2	5.4	5.4	5.4
	SMP/Sederajat	4	11	11	95.1
	SMA/Sederajat	22	59.3	59.3	98.4
	S1	9	24.3	24.3	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

### Pekerjaan Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Honorar	9	24.3	24.3	24.3
	IRT	18	48.7	48.7	75.7
	Wirasuasta	10	27	27	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

### Statistics

		Kategori umur balita	Jenis kelamin	TB Ibu	TB Ayah
N	Valid	37	37	37	37
	Missing	0	0	0	0
	Mean	2.04	1.48	2.72	4.67
	Median	2.00	1.00	2.00	4.00
	Std. Deviation	.860	.501	1.359	1.359
	Minimum	1	1	1	1
	Maksimum	3	2	8	7
	Sum	373	271	498	855

### Kategori Umur Balita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24 - 25	10	27	27
	36 - 47	8	21.8	73
	48 - 59	19	51.2	100.0
	Total	37	100.0	

### Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki – Laki	17	46	46
	Perempuan	20	54	100.0
	Total	37	100.0	

### Tinggi Badan Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	145 - 147	6	16.2	22.4
	148 - 150	15	40.5	55.7
	151 - 153	4	10,8	79.2
	154 - 156	2	5.5	80.0
	157 - 159	3	8	89.1
	160 - 162	4	10.8	94.0
	163 - 165	2	5.5	99.5
	166 - 168	1	.2.7	100.0
	Total	37	100.0	

### Tinggi Badan Ayah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	150 - 152	1	2.7	2.2
	153 - 155	5	13.5	5.5
	156 - 158	9	24.3	12.6
	159 - 161	12	32.5	55.2
	162 - 164	3	8	65.6
	165 - 167	5	13.5	91.8
	168 - 170	2	5.5	100.0
	Total	37	100.0	

Statistics

		Panjang Badan Lahir	Berat Badan Lahir	Pemberian ASI Eksklusif	ASI 2 Tahun	Status Imunisasi
N	Valid	37	37	37	37	37
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	1.25	1.84	1.45	1.24	1.37
	Median	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00
	Std. Deviation	.435	.366	.499	.429	.483
	Minimum	1	1	1	1	1
	Maksimum	2	2	2	2	2
	Sum	299	337	266	227	250

Panjang Badan Lahir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pendek	24	64.8	64.8	64.8
Tidak Pendek	13	35.2	35.2	100.0
Valid Total	37	100.0	100.0	

Berat Badan Lahir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
BBLR	16	43.3	43.3	43.3
Tidak BBLR	21	56.7	56.7	100.0
Valid Total	37	100.0	100.0	

Pemberian ASI Eksklusif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ya	15	40.5	40.5	40.5
Tidak	22	59.5	59.5	100.0
Valid Total	37	100.0	100.0	

ASI 2 Tahun

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ASI 2 Tahun	6	16.2	16.2	16.2
Tidak ASI 2 T	31	83.3	83.3	100.0
Valid Total	37	100.0	100.0	

### Statistics

	Jarak Kelahiran	Jumlah Anak	Status Ekonomi Keluarga	Status Stunting
Valid	37	37	37	37
N Missing	0	0	0	0
Mean	1.55	1.61	1.98	1.28
Std. Deviation	.499	.490	.147	.452
Minimum	1	1	1	1
Maksimum	2	2	2	2
Sum	284	294	362	235

### Status Imunisasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lengkap	16	43.2	43.2	43.2
Tidak	21	56.8	56.8	100.0
Valid Lengkap Total	37	100.0	100.0	

### Jarak Kelahiran

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Jauh	15	40.5	40.5	40.5
Dekat	22	59.5	59.5	100.0
Valid Total	37	100.0	100.0	

### Jumlah Anak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Banyak	21	56.7	56.7	56.7
Sedikit	16	43.3	43.3	100.0
Valid Total	37	100.0	100.0	

### Status Ekonomi Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	17	46	46	46
Rendah	20	54	54	100.0
Valid Total	37	100.0	100.0	

**Status Stunting**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stunting	22	59.4	59.4	59.4
	Tidak Stunting	15	40.6	40.6	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Panjang Badan Lahir* Status Stunting	37	100.0%	0	0.0%	37	100.0%

**Panjang Badan Lahir \* Status Stunting Crosstabulation**

			Status Stunting		Total
			Stunting	Tidak Stunting	
Panjang Badan Lahir	Pendek	Count	17	8	25
		Expected count	15	10	25.0
	Tidak Pendek	Count	7	5	12
		Expected count	8	4	12.0
Total		Count	24	13	37
		Expected count	24.0	12.0	37.0

**Chi- Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Excel Sig. (2-Sided)	Excel Sig. (1-Sided)
Pearson Chi-Square	5.532a	1	.019	.023	.012
Continuity Correctionb	4.527	1	.033		
Likelihood Ratio	6.499	1	.011		
Fisher's Exact Test					
Linear by-Linear Association	5.502	1	.019		
N of Vvalid Cases	37				

0 Celles (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.07 Computed only for a 2x2 table



Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Berat Badan Lahir* Status Stunting	37	100.0%	0	0.0%	37	100.0%

Berat Badan Lahir\* Status Stunting Crosstabulation

			Status Stunting		Total
			Stunting	Tidak Stunting	
	Tinggi	Count	9	7	16
		Expected count	7.2	8.8	16.0
Berat Badan Lahir	Rendah	Count	15	6	21
		Expected count	17.3	3.7	21.0
Total		Count	24	13	37
		Expected count	24.0	13.0	37.0

Chi- Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Excel Sig. (2-Sided)	Excel Sig. (1-Sided)
Pearson Chi-Square	20.314a	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	18.647	1	.000		
Likelihood Ratio	19.026	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear by-Linear Association	20.203	1	.000	.000	.000
N of Valid Cases	37				

0 Celles (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.24 Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pemberian ASI Eksklusif* Status Stunting	37	100.0%	0	0.0%	37	100.0%

Pemberian ASI Eksklusif \* Status Stunting Crosstabulation

			Status Stunting		Total
			Stunting	Tidak Stunting	
Pemberian ASI Eksklusif	Ya	Count	9	6	15
		Expected count	11.5	3.5	15.0
	Tidak	Count	17	5	22
		Expected count	15.7	9.3	22.0
Total	Count	26	11	37	
	Expected count	26.0	11.0	37.0	

Chi- Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Excel Sig. (2-Sided)	Excel Sig. (1-Sided)
Pearson Chi-Square	23.057a	1	.000		
Continuity Correctionb	21.503	1	.000		
Likelihood Ratio	24.082	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear by-Linear Association	22.931	1	.000	.000	.000
N of Vvalid Cases	37				

0 Celles (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23.58 Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ASI 2 Tahun * Status Stunting	37	100.0%	0	0.0%	37	100.0%

ASI 2 Tahun\* Status Stunting Crosstabulation

			Status Stunting		Total
			Stunting	Tidak Stunting	
ASI 2 Tahun		Count	2	4	6
		Expected count	2.6	3.4	6.0
ASI 2 Tahun	Tidak ASI 2 Tahun	Count	26	5	31
		Expected count	21.8	9.2	31.0
Total		Count	28	9	37
		Expected count	28.0	9.0	37.0

Chi- Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Excel Sig. (2-Sided)	Excel Sig. (1-Sided)
Pearson Chi-Square	1.805a	1	.179		
Continuity Correctionb	1.326	1	.249		
Likelihood Ratio	1.891	1	.169		
Fisher's Exact Test					
Linear by-Linear Association	1.795	1	.180	.249	.124
N of Vvalid Cases	37				

0 Celles (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.50 Computed only for a 2x2 table

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Imunisasi * Status Stunting	37	100.0%	0	0.0%	37	100.0%

### Status Ekonomi Keluarga\* Status Stunting Crosstabulation

			Status Stunting		Total
			Stunting	Tidak Stunting	
Status Imunisasi	Lengkap	Count	10	6	16
		Expected count	13,7	2.3	16.0
Status Imunisasi	Tidak Lengkap	Count	16	5	21
		Expected count	14.5	6.5	21.0
Total		Count	26	11	37
		Expected count	26.0	11.0	37.7

### Chi- Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2- sided)	Excel Sig. (2- Sided)	Excel Sig. (1-Sided)
Pearson Chi-Square	2.938 a	1	.086	.092	.060
Continuity Correctionb	2.384	1	.123		
Likelihood Ratio	3.027	1	.082		
Fisher's Exact Test					
Linear by-Linear Association	2.922	1	.087		
N of Vvalid Cases	37				

0 Celles (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.04 Computed only for a 2x2 table

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jarak Kelahiran* Status Stunting	37	100.0%	0	0.0%	37	100.0%

Jarak Kelahiran\* Status Stunting Crosstabulation

			Status Stunting		Total
			Stunting	Tidak Stunting	
Jarak Kelahiran	Jauh	Count	10	5	15
		Expected count	13.5	1.5	15.0
	Dekat	Count	13	9	22
		Expected count	10.4	11.6	22.0
	Total	Count	23	14	37
		Expected count	23.0	14.0	37.0

Chi- Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Excel Sig. (2-Sided)	Excel Sig. (1-Sided)
Pearson Chi-Square	4.876a	1	.027	.033	.021
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.175	1	.041		
Likelihood Ratio	4.864	1	.027		
Fisher's Exact Test					
Linear by-Linear Association	4.849	1	.028		
N of Valid Cases	37				

0 Cell (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23.30 Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jumlah Anak* Status Stunting	37	100.0%	0	0.0%	37	100.0%

Jumlah Anak\* Status Stunting Crosstabulation

			Status Stunting		Total
			Stunting	Tidak Stunting	
Jumlah Anak	Banyak	Count	17	4	21
		Expected count	14.7	6.3	21.0
	Sedikit	Count	14	2	16
		Expected count	14.5	1.5	16.0
	Total	Count	31	6	37
		Expected count	31.0	6.0	37.0

Chi- Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Excel Sig. (2-Sided)	Excel Sig. (1-Sided)
Pearson Chi-Square	.681a	1	.409		
Continuity Correctionb	.432	1	.511		
Likelihood Ratio	.687	1	.407		
Fisher's Exact Test				.503	.27
Linear by-Linear Association	.677	1	.411		
N of Vvalid Cases	37				

0 Celles (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.48 Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Ekonomi Keluarga* Status Stunting	37	100.0%	0	0.0%	37	100.0%

Status Ekonomi Keluarga\* Status Stunting Crosstabulation

			Status Stunting		Total
			Stunting	Tidak Stunting	
Status Ekonomi Keluarga	Tinggi	Count	12	5	17
		Expected count	10.5	6.5	17.0
Rendah		Count	17	3	20
		Expected count	16.8	3.2	20.0
Total		Count	29	8	37
		Expected count	29.0	8.0	37.0

Chi- Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2- sided)	Excel Sig. (2- Sided)	Excel Sig. (1-Sided)
Pearson Chi-Square	.023a	1	.878		
Continuity Correctionb	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.024	1	.877		
Fisher's Exact Test					
Linear by-Linear Association	.023	1	.879	1.000	.680
N of Vvalid Cases	37				

0 Celles (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.14 Computed only for a 2x2 table