

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Desa Sambirejo merupakan salah satu desa yang terletak di wilayah Kapanewon Ngawen, Kabupaten Gunungkidul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Secara geografis, desa ini berada di bagian timur Kabupaten Gunungkidul dan berbatasan langsung dengan Kabupaten Klaten, Provinsi Jawa Tengah. Luas wilayah Desa Sambirejo sekitar  $\pm 832.655$  hektar, terdiri atas lahan pertanian, permukiman, serta wilayah perbukitan karst yang menjadi ciri khas topografi daerah ini. Kondisi wilayah yang sebagian besar berbukit dan berstruktur batuan kapur menyebabkan terbatasnya sumber air bersih, terutama saat musim kemarau. Hal ini turut memengaruhi produktivitas pertanian dan ketersediaan pangan rumah tangga. Sebagian besar masyarakat bekerja di sektor pertanian, buruh harian, peternakan skala kecil, serta usaha informal. Berdasarkan data Kalurahan, jumlah penduduk Desa Sambirejo sekitar 7.380 jiwa dengan kepadatan sekitar 843 jiwa/km<sup>2</sup>. Desa ini terbagi ke dalam beberapa dusun, masing-masing memiliki posyandu yang aktif sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Program posyandu secara rutin menyelenggarakan kegiatan penimbangan balita, penyuluhan gizi, dan pemberian vitamin. Dalam hal akses layanan kesehatan tingkat pertama, Desa Sambirejo berada dalam cakupan wilayah kerja Puskesmas Ngawen II. Jarak antara Desa Sambirejo ke Puskesmas Ngawen II adalah sekitar 5-10 km

#### **4.2 Hasil dan Pembahasan**

##### **4.2.1 Data Umum Responden**

Distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi disajikan dalam sebagai berikut:

#### 4.2.1.1 Karakteristik Balita

Data demografi responden menjelaskan karakteristik demograf balita mengenai usia balita, jenis kelamin, kategori *stunting*.

Tabel 4. 1 Frekuensi Karakteristik Demografi Responden Balita

No	Karakteristik	Kategori	Frekuensi (N 111)	%
1	Usia Balita	<12 bulan	12	10.8
		12-36 bulan	40	36.0
		37-59 bulan	59	53.2
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	49	44.1
		Perempuan	62	55.9
3	Asi Eksklusif	Ya	53	47.7
		Tidak	58	52.3
<b>Total</b>			<b>111</b>	<b>100,0</b>

Sumber : Data primer 2025

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar balita berada pada kelompok usia 37–59 bulan dengan persentase sebesar 53,2%. Pada variabel jenis kelamin, sebagian besar balita berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 55,9%. Sementara itu, pada variabel ASI eksklusif, sebagian besar balita tidak mendapatkan ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupannya, dengan persentase sebesar 52,3%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada rentang usia 37–59 bulan (53,2%). Berdasarkan teori Saidah & Dewi (2020) dan Damayanti *et al.* (2017), kelompok usia ini termasuk fase prasekolah, di mana anak mulai menjadi konsumen aktif, memiliki preferensi makanan, dan cenderung lebih selektif terhadap makanan yang dikonsumsi. Pada fase ini, laju pertumbuhan fisik mulai melambat, namun kebutuhan nutrisi tetap penting untuk menunjang aktivitas fisik yang meningkat. Tingginya proporsi usia prasekolah dalam penelitian ini dapat menjadi faktor penting dalam analisis pola pemberian makanan dan risiko gizi, termasuk *stunting*,

karena pada usia ini anak lebih rentan mengalami masalah gizi akibat perilaku makan yang pilih-pilih.

Responden perempuan (55,9%) lebih banyak dibandingkan laki-laki (44,1%). Menurut Pratiwi *et al.* (2021), jenis kelamin memengaruhi kecepatan perkembangan fisik; anak laki-laki umumnya memiliki percepatan pertumbuhan tinggi badan yang berbeda dibandingkan perempuan, terutama setelah masa pubertas. Namun, pada usia balita, perbedaan ini belum terlalu signifikan, sehingga faktor asupan gizi dan pola makan lebih dominan mempengaruhi status gizi. Meskipun demikian, beberapa penelitian menemukan bahwa balita laki-laki lebih berisiko mengalami *stunting* karena kebutuhan energinya relatif lebih tinggi.

Sebanyak 52,3% balita dalam penelitian ini tidak mendapatkan ASI eksklusif. Hal ini cukup mengkhawatirkan mengingat pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama adalah salah satu faktor protektif terhadap risiko *stunting* (Kemenkes, 2023; Ulfah, 2020). ASI eksklusif mengandung zat gizi makro dan mikro yang lengkap, protein *whey*, serta kolostrum yang mampu memperkuat sistem imun bayi. Tidak terpenuhinya ASI eksklusif dapat mengakibatkan anak memulai MPASI terlalu dini, meningkatkan risiko infeksi saluran cerna, dan berdampak pada terganggunya pertumbuhan linier anak.

Tingginya persentase balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif dalam penelitian ini sejalan dengan temuan Uliyanti *et al.* (2017) bahwa rendahnya pengetahuan ibu, faktor pekerjaan, dan pengaruh sosial budaya dapat menjadi penyebab praktik pemberian ASI yang kurang optimal.

#### 4.2.1.2 Karakteristik Ibu

Tabel 4. 2 Frekuensi Karakteristik Demografi Responden Ibu Balita

No	Karakteristik	Kategori	Frekuensi (N 111)	%
1	Usia Ibu	20-35 tahun	82	73.9
		>35 tahun	29	26.1
2	Pendidikan	Diploma	4	3.6
		Sarjana	8	7.2
		SD/Sederajat	1	.9
		SMA/Sederajat	76	68.5
		SMP/Sederajat	22	19.8
3	Pekerjaan	Buruh	1	.9
		Guru	8	7.2
		IRT	95	85.6
		Karyawan Swasta	4	3.6
		Wiraswasta	3	2.7
<b>Total</b>			<b>111</b>	<b>100,0</b>

Sumber : Data primer 2025

Sebagian besar responden ibu berusia 20-35 tahun (73,9%), sedangkan sisanya berusia di atas 35 tahun (26,1%). Dari segi pendidikan, mayoritas ibu memiliki latar belakang SMA/ sederajat (68,5%). Dalam hal pekerjaan, sebagian besar ibu adalah ibu rumah tangga (IRT) (85,6%)

Sebagian besar ibu dalam penelitian ini berusia 20–35 tahun. Menurut Kemenkes RI (2023), usia ini termasuk kategori usia reproduktif yang ideal untuk kehamilan dan pengasuhan anak, karena secara fisik dan psikologis ibu berada pada masa yang paling optimal. Usia yang terlalu muda atau terlalu tua dapat meningkatkan risiko masalah kesehatan pada ibu maupun anak, termasuk risiko gangguan pertumbuhan.

Tingkat pendidikan ibu mayoritas adalah SMA atau sederajat. Tingkat pendidikan berperan penting dalam pengetahuan gizi dan kesehatan, sebagaimana dijelaskan oleh Notoatmodjo (2012) bahwa pendidikan yang lebih tinggi cenderung meningkatkan kemampuan dalam menerima

informasi kesehatan dan menerapkannya. Meskipun lulusan SMA sudah memiliki dasar pengetahuan yang memadai, pendidikan lanjutan dapat membantu meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pola makan dan pemberian ASI/MPASI yang tepat untuk mencegah *stunting*.

Berdasarkan pekerjaan, sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga. Kondisi ini memungkinkan ibu memiliki waktu lebih banyak untuk mengurus anak, termasuk dalam hal pemberian makanan dan perawatan kesehatan. Namun, menurut Uliyanti *et al.* (2017), status ibu rumah tangga tidak selalu menjamin praktik pengasuhan yang optimal, karena pengetahuan, keterampilan, dan dukungan lingkungan juga menjadi faktor penentu.

#### 4.2.2 Data Khusus Responden

Responden dalam penelitian ini dideskripsikan berdasarkan profil balita dan profil ibu mereka. Detail balita yang dikumpulkan meliputi umur, gender, sejarah pemberian ASI eksklusif, serta nilai *Z-score* Tinggi Badan per Usia. Adapun ibu, karakteristik yang dicatat adalah umur, latar belakang pendidikan, dan pekerjaan.

#### 4.2.3 Variabel yang diukur

##### 4.2.3.1 Pola pemberian Makanan Pendamping ASI

Tabel 4. 3 Frekuensi Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI

Variabel	Kategori	Frekuensi (N 111)	%
Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI	Tepat	81	73.0
	Tidak tepat	30	27.0
Z--Score	Normal	70	63.1
	Pendek	41	36.9
<b>Total</b>		<b>111</b>	<b>100,0</b>

Sumber : Data primer 2025

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar balita (73%) telah menerima MPASI dengan pola pemberian yang tepat, sementara 27% masih termasuk dalam kategori tidak tepat. Meskipun mayoritas responden telah mempraktikkan pemberian MPASI sesuai rekomendasi, proporsi yang tidak tepat ini tetap perlu menjadi perhatian karena berpotensi memengaruhi status gizi balita.

Sebagian besar responden memiliki pola pemberian MPASI yang tepat. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas ibu telah mengikuti anjuran *WHO* dan Kemenkes terkait pemberian MPASI, yaitu dimulai pada usia 6 bulan, diberikan dengan frekuensi, jumlah, dan tekstur yang sesuai usia, serta disiapkan secara higienis. Menurut Wangiyana *et al.* (2020), pola pemberian MPASI yang tepat berperan penting dalam mencegah *stunting*, karena dapat memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi anak secara optimal.

Status gizi balita sebagian besar berada pada kategori normal. Kondisi ini sejalan dengan pola pemberian MPASI yang tepat pada mayoritas responden, mengingat kecukupan gizi dan kualitas MPASI yang baik dapat mendorong pertumbuhan linier anak sesuai usianya. Namun, masih terdapat 36,9% balita dengan status pendek yang mengindikasikan adanya permasalahan gizi kronis. Sesuai penjelasan *UNICEF* (2021) dan Kemenkes (2022), *stunting* dapat terjadi akibat kekurangan gizi yang berlangsung lama, infeksi berulang, atau faktor lingkungan yang kurang mendukung, meskipun pola pemberian MPASI terlihat sudah sesuai pada sebagian besar kasus.

#### 4.2.3.2 Hubungan antara pola pemberian MPASI dengan Hasil Pengukuran *Z-score* TB/U

Tabel 4. 4 Analisis hubungan antara Pola Pemberian Makanan Pendamping ASI dengan Hasil *Z-score* Balita

<b>Pola Pemberian MPASI</b>	<b>Hasil <i>Z-score</i> Balita</b>	<b>Total</b>
-----------------------------	------------------------------------	--------------

	Normal		Pendek <-2 SD			
	f	%	f	%	f	%
Tepat	56	69.1	25	30.9	81	100.0
Tidak Tepat	14	46.7	16	53.3	30	100.0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>63.1</b>	<b>41</b>	<b>36.9</b>	<b>111</b>	<b>100.0</b>
<b>Chi-Square<math>X^2=4,745</math>; p=0,029</b>						

Sumber : Data primer 2025

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa pada responden dengan pola pemberian MPASI yang tepat, sebagian besar balita memiliki status gizi normal yaitu 69,1%, sedangkan 30,9% berada pada kategori pendek. Pada responden dengan pola pemberian MPASI yang tidak tepat, hampir setengah balita berstatus gizi normal (46,7%), dan lebih dari setengah berada pada kategori pendek (53,3%). Hasil uji *Chi-Square* diperoleh nilai  $p=0,029$  ( $p < 0,05$ ), yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pola pemberian MPASI dengan status gizi (*Z-score* TB/U) balita.

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-Square* ( $X^2 = 4,745$ ;  $p\text{-value} = 0,029$ ) diperoleh nilai  $p < 0,05$ , sehingga  $H_a$  diterima dan  $H_o$  ditolak. Artinya, terdapat hubungan yang signifikan antara pola pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) dengan kejadian *stunting* (*Z-score* <-2 SD) di Desa Sambirejo, Kapanewon Ngawen, Kabupaten Gunungkidul.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara pola pemberian MPASI dengan status gizi balita. Sebagian besar balita yang mendapatkan MPASI dengan pola tepat berada pada status gizi normal (69,1%), sedangkan pada kelompok yang tidak tepat, proporsi balita dengan status pendek lebih tinggi (53,3%). Temuan ini sejalan dengan penelitian Ulfah (2020) dan Wangiyana *et al.* (2020) yang menyebutkan bahwa pemberian MPASI yang tepat waktu, jumlah, frekuensi, dan tekstur sesuai usia berperan besar dalam mencegah terjadinya *stunting*.

Menurut *UNICEF* (2020) dan Kemenkes (2023), MPASI yang diberikan secara tepat membantu memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi yang tidak lagi sepenuhnya dipenuhi oleh ASI setelah usia 6 bulan. Sebaliknya, pemberian MPASI yang tidak tepat—baik terlalu dini, terlambat, atau tidak sesuai kualitas—dapat menyebabkan kekurangan gizi kronis, meningkatkan risiko infeksi, dan menghambat pertumbuhan linier anak.

Meskipun sebagian besar responden telah menerapkan pola pemberian MPASI yang tepat, masih ditemukan 30,9% balita dengan status pendek. Hal ini mengindikasikan bahwa faktor lain seperti riwayat penyakit infeksi, status gizi ibu saat hamil, kondisi sanitasi, serta faktor sosial ekonomi juga turut memengaruhi kejadian *stunting*, sebagaimana dijelaskan oleh Adelia *et al.* (2022) dan Prabowo & Peristiowati (2021).

Temuan ini menguatkan bukti bahwa praktik pemberian MPASI yang tidak tepat merupakan faktor risiko *stunting* yang perlu menjadi perhatian. Meskipun kekuatan hubungan tidak kuat, perbedaan proporsi *stunting* yang cukup besar (22,4%) antara kedua kelompok menunjukkan pentingnya intervensi gizi berbasis edukasi. Program perbaikan gizi sebaiknya fokus pada:

- a. Peningkatan pemahaman orang tua tentang waktu, frekuensi, dan jenis MPASI yang tepat, serta
- b. Pemantauan berkala pada kelompok risiko tinggi. Analisis lanjutan dengan memperhitungkan variabel perancu seperti pendapatan keluarga atau pendidikan ibu diperlukan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih komprehensif.

### **4.3 Keterbatasan Penelitian**

#### 4.3.1 Keterbatasan Sampel yang Tidak Merata

Lokasi Berbukit: Desa Sambirejo terdiri dari beberapa dusun yang tersebar di perbukitan karst, sehingga pengambilan sampel balita mungkin tidak merata (beberapa area sulit dijangkau).

#### 4.3.2 Variabel Tidak Terukur

Sumber Air Terbatas: Kualitas dan kuantitas air bersih yang buruk dapat memengaruhi higienitas MPASI, tetapi tidak diukur dalam penelitian. Ketahanan Pangan: Ketergantungan pada hasil pertanian lokal (jagung, singkong) mungkin membatasi variasi gizi MPASI, tetapi tidak dikontrol sebagai variabel. Dan pendapatan keluarga.

#### 4.3.3 Data Posyandu yang Tidak Lengkap

Ketergantungan pada Data Sekunder: Pengukuran TB/U balita mengandalkan data rutin Posyandu, yang mungkin memiliki inkonsistensi pencatatan. Contoh: Beberapa balita tidak terdata karena orang tua tidak rutin ke Posyandu.

### **4.4 Kelemahan penelitian**

#### 4.4.1 Jumlah sampel

Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam pencapaian rasio sampel ideal akibat kendala lapangan. Namun, dengan jumlah sampel *stunting* yang lebih besar dari perhitungan minimal (41 vs 37), analisis tetap memiliki daya statistik yang memadai. Selain itu, uji sensitivitas menunjukkan konsistensi hasil.

#### 4.4.2 Keterbatasan Alat Ukur

Status *stunting* hanya dinilai berdasarkan TB/U tanpa parameter lain seperti berat badan atau lingkaran lengan atas.

#### 4.4.3 Tidak Mengontrol Variabel Perancu

Faktor seperti pendapatan keluarga, atau riwayat infeksi tidak diukur.

#### 4.4.4 Lokasi Spesifik

Desa Sambirejo terdiri dari beberapa dusun yang tersebar di perbukitan karst, sehingga pengambilan sampel balita mungkin tidak merata.