

## RESEARCH STUDY

Versi Bahasa

OPEN ACCESS

## Pengaruh Karakteristik Wilayah dan Otonomi Perempuan terhadap Praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak

### *The Effect of Regional Characteristics and Women's Autonomy on Infant and Young Child Feeding Practice*

Putricia Synthesa<sup>1\*</sup>, Djoni Hartono<sup>2</sup><sup>1</sup>Badan Pusat Statistik, Jakarta, Indonesia<sup>2</sup>Departemen Ilmu Ekonomi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia**INFO ARTIKEL**

Received: 26-10-2021

Accepted: 15-03-2023

Published online: 09-06-2023

**\*Koresponden:**

Putricia Synthesa

[putricia0803@gmail.com](mailto:putricia0803@gmail.com)

DOI:

10.20473/amnt.v7i2.2023.230-239

**Tersedia secara online:**[https://e-](https://e-journal.unair.ac.id/AMNT)[journal.unair.ac.id/AMNT](https://e-journal.unair.ac.id/AMNT)**Kata Kunci:**

Otonomi perempuan, Praktik pemberian makan bayi dan anak, SDKI, Regresi logistik biner multilevel

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA) yang sesuai pada anak usia 6-23 bulan sangat penting untuk pertumbuhannya dan dapat mencegah stunting. Adanya variasi yang tinggi antar provinsi mengenai gizi menyebabkan pentingnya menganalisis berdasarkan variabel kontekstual pada level provinsi.

**Tujuan:** Bertujuan untuk mempelajari pengaruh variabel kontekstual dan variabel otonomi perempuan dan mempelajari efek perbedaan dari dua variabel tersebut terhadap PMBA pada tiga indikator utama yaitu MDD, MMF, dan MAD.

**Metode:** Menggunakan analisis regresi logistik multilevel dari data SDKI 2017 dengan sampel penelitian 4.923 dari Ibu berstatus kawin dan tinggal bersama pasangan yang memiliki anak terakhir usia 6-23 bulan. Variabel dependen dalam penelitian ini PMBA apakah sudah sesuai rekomendasi WHO atau tidak yang nantinya dibagi dalam tiga kelompok yaitu Minimum Meal Frequency (MMF), Minimum Dietary Diversity (MDD), dan Minimum Acceptable Diet (MAD). Variabel independen yaitu variabel tidak terikat pada level individu dan variabel tidak terikat (kontekstual) pada level provinsi. Selain itu juga akan dilihat pengaruh dari variabel interaksi.

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan variabel kontekstual yang berasosiasi dengan praktik pemberian makan bayi dan anak adalah persentase penduduk miskin dan persentase fasilitas kesehatan. Sedangkan pada level individu beberapa indikator variabel otonomi dan beserta variabel umur Ibu, klasifikasi tempat tinggal, akses Ibu terhadap internet, umur anak dan pendidikan suami memiliki asosiasi terhadap PMBA pada 3 indikator yang digunakan. Variabel interaksi menunjukkan adanya efek perbedaan pengaruh variabel otonomi perempuan dan variabel kontekstual terhadap PMBA.

**Kesimpulan:** Penelitian ini menunjukkan hasil variabel karakteristik wilayah, otonomi perempuan dan variabel interaksi di antara keduanya dapat mempengaruhi PMBA.

**PENDAHULUAN**

Gizi terbaik kepada anak dalam seribu hari pertama sejak masa kehamilan hingga 2 tahun pertama kehidupan sangat penting diberikan agar pertumbuhan anak dapat optimal, karena gizi yang tepat diterima anak pada fase tersebut dapat mempengaruhi kesehatannya hingga dewasa<sup>1</sup>. Pada 6 dari 10 negara di ASEAN, Indonesia menempati urutan ketiga setelah Vietnam dan Thailand dalam hal kesesuaian praktik pemberian makan bayi dan anak, pada tahun 2017 terdapat 40,3 % anak di Indonesia yang memenuhi kriteria *Minimum Acceptable Diet* (MAD), 71,1% dengan *Minimum Meal Frequency* (MMF) dan 53,9% *Minimum Dietary Diversity* (MDD)<sup>2</sup>. Penduduk Indonesia memiliki kecenderungan konsumsi yang tinggi jenis makanan padi-padian atau karbohidrat yaitu 56% total kalori per-hari sedangkan standar internasional hanya 34% kalori per hari yang berasal dari padi-padian. Hal ini menyebabkan Indonesia termasuk dalam kategori yang rendah untuk *dietary diversity*

karena hanya mempunyai skor 19 dari rata-rata secara global 55,8 sehingga Indonesia masuk di urutan 102<sup>3</sup>. Kondisi ini mengakibatkan Indonesia masih mengalami masalah kesehatan malgizi, hal ini diperkuat dengan *SMERU Research Institute* yang menyatakan bahwa Indonesia masih rendah dalam hal status gizi berdasarkan standar internasional<sup>4</sup>.

Melalui penelitian Dibley (2012) di Indonesia praktik pemberian makan bayi dan anak dapat dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu karakteristik anak, karakteristik orang tua, kondisi kesejahteraan rumah tangga dan karakteristik wilayah<sup>5</sup>. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi gizi anak adalah otonomi perempuan dalam rumah tangga karena semakin tinggi kemampuan otonomi perempuan dalam rumah tangga maka akan semakin tinggi kemampuannya dalam mengatur pemberian makanan terhadap anaknya<sup>6</sup>. Otonomi perempuan juga memberi dampak pada level mikro bukan hanya pada level makro di mana perempuan

yang memiliki pendidikan tinggi dan bekerja akan menghasilkan anak yang memiliki kualitas human capital yang lebih baik<sup>7</sup>. Berdasarkan pernyataan tersebut maka penelitian ini mencoba melihat otonomi perempuan pada level mikro di rumah tangga dan provinsi pada level makro melalui variabel kontekstual yang akan menggambarkan karakteristik wilayah. Karakteristik wilayah dalam hal ini dapat digambarkan melalui persentase penduduk miskin, persentase fasilitas kesehatan, persentase perempuan bekerja dan persentase perempuan pendidikan tinggi.

Pemberian makanan pendamping bagi anak merupakan proses transisi dari anak yang masih menyusui secara eksklusif menuju pemberian makan yang sesuai<sup>15</sup>. Sedangkan menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017, praktik pemberian makan bayi dan anak dapat diartikan sebagai berikut "Rekomendasi diet minimal yang dianjurkan WHO merupakan kombinasi keragaman makanan minimal dan frekuensi makan minimal yang dibedakan antara anak yang mendapat ASI dan tidak mendapat ASI<sup>16</sup>.

Dalam penelitian terdahulu yang meneliti variabel praktik pemberian makan bayi dan anak di Sub Sahara Afrika dan Indonesia menggunakan variabel praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA) yang di bagi menjadi 3 dari 7 indikator utama yang disarankan oleh WHO yaitu *Minimum Dietary Diversity* (MDD), *Minimum Meal Frequency* (MMF), dan *Minimum Acceptable Diet* (MAD)<sup>6,12</sup>. Selain itu juga berdasarkan pendataan SDKI 2017 yang membagi praktik pemberian makan bayi dan anak menjadi 3 indikator utama seperti di atas maka penelitian ini menggunakan 3 indikator utama tersebut dalam hal menggambarkan praktik pemberian makan bayi dan anak yang sesuai menurut rekomendasi WHO.

Terjadinya ketimpangan antar provinsi di Indonesia baik untuk variabel otonomi perempuan maupun praktik pemberian makan bayi dan anak menjadi pentingnya mempertimbangkan analisis pada level provinsi dengan memasukkan variabel kontekstual yang dianggap dapat memengaruhi praktik pemberian makan bayi dan anak. Sejalan dengan penelitian lainnya yang menyebutkan pentingnya menganalisis otonomi perempuan pada level regional bagi negara berkembang yang memiliki variasi antar regional yang tinggi<sup>17</sup>.

Berbagai penelitian di dunia telah membahas adanya hubungan antara otonomi perempuan dengan praktik pemberian makan bayi dan anak dan beberapa diantaranya sudah dengan mempertimbangkan analisis pada level regional. Penelitian di negara Sub-Sahara Afrika menemukan adanya hubungan positif kedua variabel tersebut di beberapa negara yaitu Mali, Rwanda, dan Sierra Leone<sup>6</sup>. Penelitian di Bangladesh menggunakan analisis multilevel dan spasial mendapati bahwa terjadinya keragaman tingkat praktik pemberian makan bayi dan anak menurut regional<sup>8</sup>. Penelitian di Afghanistan mengenai pemberian makanan pendamping anak sudah menyertakan penggunaan variabel kontekstual pada level regional dan terbukti dapat memberi pengaruh terhadap pemberian makanan pendamping pada anak<sup>9</sup>.

Sedangkan di Indonesia masih terbatasnya penelitian yang fokus pada pemberian makanan

pendamping anak dengan mempertimbangkan variabel kontekstual. Beberapa penelitian di Indonesia telah membahas praktik pemberian makan bayi dan anak, meneliti mengenai determinan praktik pemberian makan bayi dan anak dengan metode analisis regresi logistik<sup>10,5</sup>. Sedangkan penelitian lainnya dengan menggunakan metode kualitatif *in-depth interview*<sup>11</sup>. Penelitian lainnya mengenai hubungan pemberdayaan perempuan dan praktik pemberian makan bayi dan anak dari Indonesia pernah teliti oleh Puspitasari dan Gayatri<sup>12</sup> di mana hasilnya otonomi perempuan dalam rumah tangga dapat memberi akses lebih besar bagi perempuan untuk memberikan praktik pemberian makan pada anak yang lebih baik<sup>12</sup>.

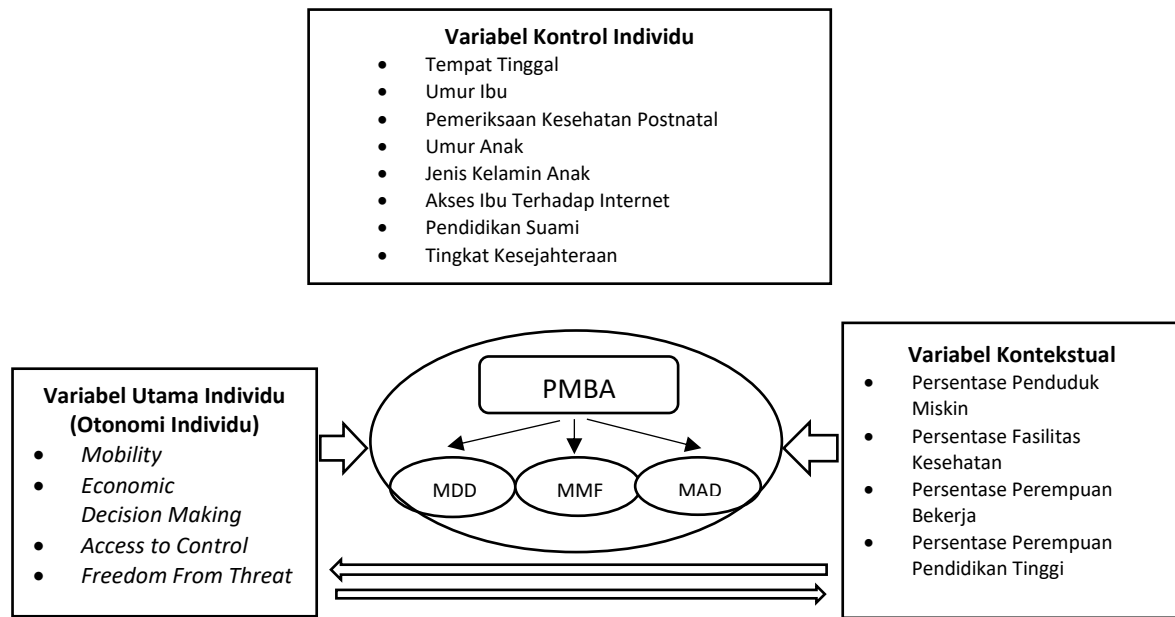
Tetapi pada penelitian-penelitian tersebut belum mempertimbangkan variabel kontekstual pada level provinsi terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak sesuai rekomendasi WHO di Indonesia. Negara dengan lokasi geografis yang cukup bervariasi dan lingkungan sosial yang heterogen sangat cocok untuk diteliti variasi antar wilayahnya<sup>13</sup>. Selain itu Indonesia termasuk negara yang memiliki variasi ketimpangan masalah gizi antar wilayah yang masih cukup tinggi<sup>4</sup>. Oleh karena itu salah satu kontribusi penelitian ini adalah pemilihan analisis multilevel dengan mempertimbangkan karakteristik wilayah yang dijelaskan melalui variabel kontekstual pada level provinsi dianggap tepat dalam menjawab tujuan penelitian ini.

Kontribusi lainnya dalam penelitian ini adalah penggunaan 4 indikator otonomi perempuan yaitu (*mobility, economic decision making, access to control dan freedom from threat*) yang belum pernah dilakukan dalam penelitian mengenai otonomi perempuan dan praktik pemberian makan bayi dan anak di Indonesia. Kontribusi selanjutnya adalah selain melihat pengaruh karakteristik wilayah dan variabel otonomi perempuan terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak, penelitian ini juga ingin melihat adanya efek perbedaan yang diberikan oleh adanya interaksi antara variabel otonomi perempuan dan variabel kontekstual terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak yang belum dilakukan pada penelitian sebelumnya. Sehingga tujuan penelitian ini adalah mempelajari pengaruh karakteristik wilayah, variabel otonomi perempuan, variabel karakteristik individu pada level provinsi terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak sesuai rekomendasi WHO dan mempelajari efek perbedaan variabel kontekstual dan variabel otonomi perempuan terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak sesuai rekomendasi WHO.

## METODE

Penelitian ini menggunakan data mikro untuk variabel pada level individu bersumber dari hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Pada level individu menggunakan data SDKI berdasarkan dari pendataan kuesioner Wanita Usia Subur (WUS) di mana terdapat data mengenai Ibu dan anak. Sedangkan pada level provinsi untuk variabel kontekstual selain menggunakan data SDKI 2017 juga menggunakan data yang berasal dari data sekunder Survey Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2017 yang dipublikasikan oleh

Badan Pusat Statistik. Kerangka penelitian dapat dijelaskan pada Gambar 1. di bawah ini.



Gambar 1. Kerangka pikir penelitian

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah praktik pemberian makan bayi dan anak di mana akan dilihat apakah sudah sesuai rekomendasi WHO atau tidak yang nantinya dibagi dalam tiga kelompok yaitu *Minimum Meal Frequency* (MMF), *Minimum Dietary Diversity* (MDD), dan *Minimum Acceptable Diet* (MAD). Sedangkan variabel tidak terikat dalam penelitian ini terbagi menjadi dua yaitu variabel tidak terikat pada level individu dan variabel tidak terikat (kontekstual) pada level provinsi. Di mana terdapat variabel utama pada level individu yaitu otonomi perempuan yang diambil dari beberapa pertanyaan yang menggambarkan otonomi perempuan dalam rumah tangga pada kuesioner WUS SDKI 2017. Sedangkan variabel kontrol pada level individu menggunakan tempat tinggal, umur Ibu, umur anak, jenis kelamin anak, akses Ibu terhadap internet, dan pendidikan suami. Selanjutnya variabel kontekstual pada level provinsi yang digunakan dalam penelitian ini adalah persentase penduduk miskin, persentase fasilitas kesehatan, persentase perempuan bekerja dan persentase perempuan pendidikan tinggi dari 34 provinsi di Indonesia.

Terdapat 2 jenis unit analisis dalam penelitian ini yaitu, pada level provinsi yang meliputi 34 provinsi di Indonesia sedangkan pada level individu dalam penelitian ini adalah berasal dari data SDKI 2017 dengan menggunakan unit analisis wanita usia subur (15-49 tahun) berstatus kawin atau hidup bersama dan tinggal bersama pasangannya dan memiliki anak terakhir berusia 6-23 bulan yang tinggal bersamanya. Berdasarkan Gambar 1 dari 49.627 wanita usia subur (15-49) tahun, terdapat 34.467 wanita kawin yang tinggal bersama pasangannya, di mana 4.923 memiliki anak terakhir usia 6-23 bulan dan tinggal bersamanya.

Analisis deskriptif dalam penelitian ini menggunakan peta, tabel dan grafik untuk menjelaskan

variabel dependen dan independen yang digunakan dalam penelitian. Analisis deskriptif adalah analisis yang menyajikan ringkasan gugusan data sehingga dapat mudah dipahami di mana ringkasan yang dimaksud adalah ringkasan mengenai pola pemusatan data atau variasi yang terkandung dalam data<sup>18</sup>. Selain itu analisis deskriptif dapat melihat pola interaksi variabel yang mungkin terjadi untuk dapat dideteksi lebih dini<sup>19</sup>. Analisis inferensial menggunakan analisis regresi logistik biner multilevel untuk mengetahui pengaruh variabel independen utama yaitu otonomi perempuan, variabel kontekstual pada level provinsi, variabel kontrol individu dan variabel interaksi terhadap variabel dependen praktik pemberian makan bayi dan anak yang sesuai rekomendasi WHO. Penggunaan analisis multilevel dapat dilakukan bila struktur data dalam penelitian bersifat hirarki dan pengambilan sampel dari populasi dengan menggunakan multistage sampling<sup>20</sup>. Analisis multilevel digunakan karena pengambilan sampel data SDKI 2017 yang menggunakan *multistage stratified cluster* sampling memungkinkan data bersifat hierarki di mana data pada level individu dapat dipengaruhi data cluster di atasnya yaitu pada level provinsi<sup>19</sup>. Sehingga, model yang akan digunakan adalah:

$$Pr(Y_{ij})^k = \alpha_0 + \alpha_1 Otonomi_{ij} + \alpha_2 Var kontrol_{ij} + \alpha_3 Var kontekstual_{ij} + \alpha_4 Var Interaksi_{ij} \dots\dots\dots(1)$$

k : variabel dependen praktik pemberian makan bayi dan anak yang di mana (MDD, MMF, MAD), Otonomi : variabel tidak terikat utama yang menggambarkan otonomi perempuan, Var kontrol : variabel tidak terikat kontrol pada level individu, Var kontekstual : variabel tidak terikat kontekstual level provinsi, Var Interaksi : variabel otonomi perempuan dan kontekstual diinteraksikan

Terdapat *null model* dan *conditional model* di mana perbedaannya adalah pada *null model* belum disertakan variabel bebas kontekstual pada level provinsi maupun pada level individu sedangkan pada *conditional model* kondisi sebaliknya di mana variabel bebas kontekstual pada level provinsi dan level individu sudah dimasukkan ke model<sup>21</sup>. Analisis regresi multilevel dapat menghasilkan sebuah kesimpulan di mana telah memperhitungkan dua level unit analisis dalam penelitian yaitu pada level mikro (individu) dan pada level makro (provinsi)<sup>22</sup>. Pada analisis multilevel perlunya mengukur adanya variasi antar kelompok atau biasa disebut *Intraclass Correlation Coefficient* yaitu model yang tidak mengikutsertakan variabel tidak terikat pada dua level unit analisis yang digunakan (individu dan provinsi), sehingga dapat dihitung dengan rumus<sup>20</sup>:

$$\rho = \frac{\sigma_{u0}^2}{\sigma_{u0}^2 + \sigma_e^2}$$

Di mana  $\rho$  adalah *Intraclass Correlation Coefficient*;  $\sigma_{u0}^2$  adalah varians residual level 2 dan  $\sigma_e^2$  = varians residual level 1. Selanjutnya dalam penelitian ini penghitungan variasi antar kelompok yang dihitung adalah pada level provinsi sejalan dengan penelitian yang menyebutkan variasi dari variabel terikat yang digunakan pada level negara karena menggunakan unit analisis beberapa negara pada level pertama<sup>23</sup>.

Setelah pembentukan model, hasil pengolahan data dengan analisis regresi logistik biner multilevel parameternya akan diinterpretasikan dengan menggunakan nilai odds ratio yang dihasilkan oleh model terpilih. Odds Ratio adalah “perbandingan risiko terjadinya suatu event dari kelompok/kategori yang satu terhadap kelompok/kategori yang lain”<sup>21</sup>. Dalam penelitian ini nilai *odds ratio* masing-masing variabel independen yang digunakan baik pada level provinsi dan individu akan menjelaskan seberapa besar pengaruhnya terhadap variabel terikat yang digunakan yaitu praktik pemberian makan bayi dan anak yang dibagi menjadi tiga indikator *Minimum Dietary Diversity*, *Minimum Meal Frequency*, dan *Minimum Acceptable Diet*. Sedangkan nilai koefisien  $\alpha$ ,  $\beta$ , dan  $\delta$  digunakan untuk menjelaskan rata-rata perbedaan variabel interaksi yang digunakan yaitu interaksi antara indikator variabel otonomi perempuan dan variabel kontekstual.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan Tabel 1, indikator *economic decision making* dan *access to control* berasosiasi positif signifikan terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *minimum dietary diversity* artinya Ibu dengan otonomi perempuan tinggi dalam hal keputusan pengeluaran besar dalam rumah tangga memiliki peluang 1,73 kali lebih tinggi dan Ibu dengan otonomi perempuan tinggi dalam hal kemampuannya dalam mengontrol sumber daya keuangan rumah tangga memiliki peluang 1,25 kali lebih tinggi untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *minimum dietary diversity* dibandingkan Ibu dengan otonomi perempuan yang rendah pada indikator ini. Pada indikator *freedom from threat* yang menggambarkan otonomi perempuan pada model ini menunjukkan asosiasi negatif, artinya Ibu dengan otonomi perempuan tinggi dalam hal berpendapat tidak setuju terhadap kekerasan dalam rumah tangga memiliki peluang 0,83 kali lebih rendah untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *minimum dietary diversity* dibandingkan Ibu dengan otonomi perempuan yang rendah pada indikator ini.

Pada beberapa negara menunjukkan adanya hubungan negatif antara dimensi otonomi perempuan dengan perilaku pemberian makanan tambahan pada anak<sup>6</sup>. Hal ini dikarenakan adanya kemungkinan yang berbeda saat pengaruh otonomi perempuan diukur secara independen per dimensi dan adanya perbedaan hasil pada beberapa negara di sub-sahara afrika. Variabel kontekstual persentase penduduk miskin menunjukkan arah negatif dapat diartikan ketika persentase penduduk miskin di suatu provinsi naik maka kemungkinan Ibu untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak akan menurun. Pendapatan rumah tangga sangat mempengaruhi kemampuan Ibu dalam hal memberikan gizi kesehatan yang baik bagi anaknya karena kendala biaya pada rumah tangga dapat menghalangi seorang Ibu untuk dapat memenuhi kebutuhan gizi anaknya dalam hal ini melalui praktik pemberian makan bayi dan anak yang sesuai<sup>6</sup>. Selain itu pada Ibu yang berasal dari rumah tangga dengan tingkat kesejahteraan menengah memiliki peluang 1,45 kali dan meningkat peluangnya 1,88 kali pada Ibu dengan tingkat kesejahteraan tinggi untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak yang sesuai dibandingkan Ibu yang berada pada rumah tangga dengan tingkat kesejahteraan rendah.

**Tabel 1.** Analisis regresi logistik multilevel model *Minimum Dietary Diversity* (MDD)

Karakteristik Variabel	OR	(95% CI)	p-value
<b>Variabel Utama Level Individu</b>			
<i>Mobility</i>	Rendah (Ref)		
	Tinggi	1,01	(0,88-1,15)
<i>Economic Decision Making</i>	Rendah (Ref)		
	Tinggi	1,73	(1,40-2,14)
<i>Access to control</i>	Rendah (Ref)		
	Tinggi	1,25	(1,04-1,50)
<i>Freedom from Threat</i>	Rendah (Ref)		
	Tinggi	0,83	(0,70-0,98)
<b>Variabel Kontekstual Level Provinsi</b>			
Persentase Penduduk Miskin	0,96	(0,94-0,98)	0,001***
Persentase Tempat Persalinan	1,01	(1,00-1,01)	0,095**
Persentase Perempuan Bekerja	1,01	(0,99-1,03)	0,237

Karakteristik Variabel	OR	(95% CI)	p-value
Persentase Pendidikan Perempuan	1,00	(0,98-1,14)	0,461
<b>Variabel Kontrol Level Individu</b>			
Umur Ibu	15-24 tahun (Ref)		
	25-34 tahun	0,84	(0,71-0,98)
	>=35 tahun	0,91	(0,75-1,11)
Klasifikasi Tempat Tinggal	Pedesaan (Ref)		
	Perkotaan	1,23	(1,06-1,43)
Akses Ibu terhadap Internet	Tidak (Ref)		
	Ya	1,51	(1,29-1,77)
Pemeriksaan Kesehatan Postnatal	>1 minggu		
	≤1 minggu	1,09	(0,95-1,24)
Jenis Kelamin Anak	Perempuan (Ref)		
	Laki-Laki	1,01	(0,88-1,14)
Umur Anak	6-8 bulan (Ref)		
	9-12 bulan	4,50	(3,56-5,67)
	13-23 bulan	12,48	(10,16-15,33)
Pendidikan Suami	Rendah (Ref)		
	Sedang	1,19	(1,01-1,39)
	Tinggi	1,61	(1,26-2,05)
Tingkat Kesejahteraan	Rendah (Ref)		
	Sedang	1,45	(1,20-1,76)
	Tinggi	1,88	(1,55-2,28)
Karakteristik Variabel	β	(95% CI)	p-value
<b>Variabel Interaksi</b>			
<i>Economic Decision Making</i> *persentase Penduduk Miskin	0,11	(0,03-0,20)	0,010**
<i>Economic Decision Making</i> *persentase Perempuan Bekerja	0,02	(-0,06-0,10)	0,572
<i>Freedom from threat</i> *persentase Penduduk Miskin	-0,01	(-0,09-0,06)	0,719
<i>Freedom from threat</i> *persentase Perempuan Bekerja	0,03	(-0,91-0,15)	0,646

Ket: \*sig pada  $p < 0,1$  ; \*\*sig pada  $p < 0,05$  ; \*\*\*sig pada  $p < 0,01$

Sumber: Data Hasil SDKI 2017, diolah

Variabel kontekstual persentase fasilitas kesehatan menunjukkan hubungan positif signifikan sehingga dapat diartikan semakin meningkatnya persentase Ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan di wilayah tersebut maka akan meningkatkan asosiasi Ibu memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak yang sesuai. Pemilihan tempat persalinan dapat menjadi salah satu variabel kontekstual yang dapat mempengaruhi praktik pemberian makan bayi dan anak. Pada penelitian terdahulu yang menggunakan variabel kontekstual persentase perempuan yang melahirkan di fasilitas kesehatan pada level regional dengan menggunakan analisis multilevel untuk melihat pengaruhnya terhadap kurang optimalnya praktik pemberian makan bayi dan anak di Pakistan, hasilnya bahwa akses Ibu terhadap fasilitas kesehatan memiliki hubungan kuat terhadap optimalnya praktik pemberian makan bayi dan anak karena Ibu yang dapat mengakses fasilitas kesehatan menjadi tempat persalinannya mempunyai akses terhadap pengetahuan yang lebih banyak didapat dari para tenaga kesehatan sehingga lebih memahami pentingnya pemenuhan gizi anak<sup>24</sup>.

Berdasarkan klasifikasi tempat tinggal, Ibu yang tinggal diperkotaan memiliki peluang 1,23 kali lebih tinggi untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *minimum dietary diversity* sesuai rekomendasi dibandingkan Ibu yang tinggal di pedesaan. Ibu yang memiliki akses terhadap internet memiliki peluang 1,51 lebih tinggi untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator

*minimum dietary diversity* sesuai rekomendasi dibandingkan Ibu yang tidak mendapatkan akses internet. Ibu yang terpapar media mendapatkan pengetahuan lebih dari media tersebut yang biasanya berisikan iklan promosi mengenai gizi anak<sup>15</sup>.

Anak pada kelompok umur 9-12 bulan memiliki peluang 4,50 kali lebih tinggi dan semakin meningkat 12,48 kali untuk anak usia 11-23 bulan untuk menerima praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *minimum dietary diversity* sesuai rekomendasi dibandingkan anak pada kelompok umur 6-8 bulan. Hasil yang serupa didapat dari analisis dalam penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa umur anak memiliki pengaruh yang kuat terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *dietary diversity* di wilayah Afrika Timur di mana anak yang berusia 9-11 bulan, 12-17 bulan dan 18-24 bulan cenderung mendapatkan praktik pemberian makan bayi dan anak sesuai rekomendasi dibandingkan anak yang berusia 6-8 bulan hal ini dikarenakan di daerah tersebut anak berusia 6-8 bulan cenderung hanya mengkonsumsi 2 jenis kelompok makanan yaitu biji-bijian dan umbi-umbian selain itu hal ini juga dikarenakan Ibu yang masih kurang menyadari pentingnya gizi anak pada usia awal pemberian makanan pendamping<sup>25</sup>.

Dalam penelitian ini tingkat pendidikan suami memberikan pengaruh positif signifikan yaitu suami dengan tingkat pendidikan sedang memiliki peluang 1,19 kali lebih tinggi dan semakin meningkat peluangnya pada suami dengan tingkat pendidikan tinggi 1,61 kali lebih

tinggi peluangnya untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *minimum dietary diversity* sesuai dibandingkan suami dengan tingkat pendidikan rendah. Pendidikan suami/pasangan menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi praktik pemberian makan bayi dan anak dalam rumah tangga<sup>25</sup>. Semakin tinggi pendidikan suami dapat mempengaruhi kondisi di mana semakin tingginya peluang praktik pemberian makan bayi dan anak yang sesuai, hal ini dikarenakan suami yang memiliki pendidikan lebih tinggi cenderung lebih memiliki pengetahuan yang cukup mengenai hal tersebut dan lebih terpapar terhadap media.

Berdasarkan Tabel 2, pada indikator *freedom from threat* yang menggambarkan otonomi perempuan pada model ini menunjukkan asosiasi positif, artinya Ibu dengan otonomi perempuan tinggi dalam hal berpendapat tidak setuju terhadap kekerasan dalam rumah tangga memiliki peluang 1,27 kali lebih tinggi untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak yang sesuai pada indikator *minimum meal frequency* dibandingkan Ibu dengan otonomi perempuan yang rendah pada indikator ini. Salah satu penelitian di Indonesia mengenai hubungan pemberdayaan perempuan dan praktik pemberian makan bayi dan anak usia 6-23 bulan dengan menggunakan analisis regresi logistik dijelaskan bahwa Ibu yang tidak setuju dengan kekerasan dalam rumah tangga, bekerja, mempunyai kendali atas asetnya dan mempunyai anak minimal 2 mempunyai pengaruh terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak sesuai rekomendasi WHO<sup>12</sup>.

Ibu dengan umur 25-34 tahun memiliki peluang 0,86 kali lebih tinggi atau 0,71 kali lebih tinggi pada Ibu dalam kelompok umur lebih dari 35 tahun dalam memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *minimum meal frequency* dibanding Ibu

pada kelompok umur 15-24 tahun. Karakteristik Ibu menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi praktik pemberian makan bayi dan anak yang sesuai salah satunya umur Ibu karena umur Ibu menentukan pengetahuan Ibu terhadap pemberian makan anaknya<sup>25</sup>. Anak yang berada pada kelompok umur 9-12 bulan memiliki peluang 0,33 kali lebih tinggi dan 0,47 kali lebih tinggi pada anak usia 13-23 bulan dibandingkan anak pada usia 6-8 bulan untuk menerima praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *minimum meal frequency*. Beberapa faktor memiliki pengaruh signifikan terhadap indikator *minimum meal frequency* adalah umur anak. Suami/pasangan Ibu dengan tingkat pendidikan sedang memiliki peluang 0,86 kali lebih rendah untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *minimum meal frequency* dibanding suami dengan tingkat pendidikan tinggi<sup>15</sup>.

Berdasarkan Tabel 3, semakin tinggi persentase fasilitas kesehatan yang tersedia di wilayah tersebut maka semakin menurun peluang Ibu dapat memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak pada indikator *minimum acceptable diet* yang sesuai. Ibu yang berusia lebih dari 35 tahun memiliki peluang 0,77 lebih rendah dan 0,82 kali lebih rendah untuk Ibu berusia 25-34 tahun untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak karena pada usia muda pada umumnya Ibu masih memiliki sedikit pengalaman maupun pengetahuan mengenai pemberian makan bayi dan anak<sup>8</sup>. Ibu yang memiliki akses terhadap internet memiliki peluang 1,21 lebih tinggi untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *minimum acceptable diet* sesuai. Sejalan dengan sebuah penelitian di Ethiopia, hal ini dikarenakan Ibu yang terpapar media lebih cenderung menerima informasi pengetahuan lebih banyak mengenai pentingnya gizi anak yang sesuai<sup>15</sup>.

**Tabel 2.** Analisis regresi logistik multilevel model *Minimum Meal Frequency* (MMF)

Karakteristik Variabel	OR	(95% CI)	p-value	
<b>Variabel Utama Level Individu</b>				
<i>Mobility</i>	Rendah (Ref)			
	Tinggi	0,94	(0,81-1,08)	0,369
<i>Economic Decision Making</i>	Rendah (Ref)			
	Tinggi	0,93	(0,75-1,16)	0,527
<i>Access to control</i>	Rendah (Ref)			
	Tinggi	1,02	(0,84-1,23)	0,844
<i>Freedom from Threat</i>	Rendah (Ref)			
	Tinggi	1,25	(1,03-1,51)	0,021
<b>Variabel Kontekstual Level Provinsi</b>				
Persentase Penduduk Miskin	1,00	(0,95-1,02)	0,878	
Persentase Fasilitas Kesehatan	1,01	(1,00-1,02)	0,109	
Persentase Perempuan Bekerja	1,00	(0,97-1,04)	0,772	
Persentase Pendidikan Perempuan	0,98	(0,95-1,02)	0,351	
<b>Variabel Kontrol Level Individu</b>				
Umur Ibu	15-24 tahun (Ref)			
	25-34 tahun	0,86	(0,73-1,01)	0,062*
	>=35 tahun	0,71	(0,57-0,88)	0,002***
Klasifikasi Tempat Tinggal	Pedesaan (Ref)			
	Perkotaan	1,02	(0,83-1,14)	0,835
Akses Ibu terhadap Internet	Tidak (Ref)			
	Ya	1,06	(0,89-1,25)	0,527
Pemeriksaan Kesehatan Postnatal	>1 minggu			

Karakteristik Variabel		OR	(95% CI)	p-value
Jenis Kelamin Anak	≤1 minggu	1,26	(1,09-1,45)	0,001***
	Perempuan (Ref)			
	Laki-Laki	0,90	(0,79-1,03)	0,151
Umur Anak	6-8 bulan (Ref)			
	9-12 bulan	0,33	(0,26-0,42)	<0,001***
	13-23 bulan	0,47	(0,40-0,56)	<0,001***
Pendidikan Suami	Rendah (Ref)			
	Sedang	0,86	(0,72-1,01)	0,082*
	Tinggi	0,96	(0,75-1,24)	0,770
Tingkat Kesejahteraan	Rendah (Ref)			
	Sedang	0,90	(0,73-1,11)	0,319
	Tinggi	0,89	(0,73-1,09)	0,283
Karakteristik Variabel		β	(95% CI)	p-value
<b>Variabel Interaksi</b>				
<i>Economic Decision Making</i> *persentase Penduduk Miskin		-0,06	(-0,17-0,05)	0,287
<i>Economic Decision Making</i> *persentase Perempuan Bekerja		-0,05	(-0,03-0,02)	0,026**
<i>Freedom from threat</i> *persentase Penduduk Miskin		0,09	(-0,05-0,23)	0,189
<i>Freedom from threat</i> *persentase Perempuan Bekerja		-0,03	(0,13-0,08)	0,623

Ket: \*sig pada  $p < 0,1$  ; \*\*sig pada  $p < 0,05$  ; \*\*\*sig pada  $p < 0,01$

Sumber: Data Hasil SDKI 2017, diolah

**Tabel 3.** Analisis regresi logistik multilevel model *Minimum Acceptable Diet* (MAD)

Karakteristik Variabel		OR	(95% CI)	p-value
<b>Variabel Utama Level Individu</b>				
<i>Mobility</i>	Rendah (Ref)			
	Tinggi	0,98	(0,82-1,16)	0,803
<i>Economic Decision Making</i>	Rendah (Ref)			
	Tinggi	1,08	(0,84-1,39)	0,542
<i>Access to control</i>	Rendah (Ref)			
	Tinggi	1,04	(0,84-1,30)	0,690
<i>Freedom from Threat</i>	Rendah (Ref)			
	Tinggi	1,06	(0,84-1,33)	0,613
<b>Variabel Kontekstual Level Provinsi</b>				
Persentase Penduduk Miskin		0,99	(0,95-1,03)	0,711
Persentase Fasilitas Kesehatan		1,01	(1,00-1,02)	0,089*
Persentase Perempuan Bekerja		1,02	(0,99-1,05)	0,249
Persentase Pendidikan Perempuan		0,98	(0,95-1,01)	0,341
<b>Variabel Kontrol Level Individu</b>				
Umur Ibu	15-24 tahun (Ref)			
	25-34 tahun	0,82	(0,67-1,00)	0,042*
	≥35 tahun	0,77	(0,60-1,00)	0,042*
Klasifikasi Tempat Tinggal	Pedesaan (Ref)			
	Perkotaan	1,13	(0,93-1,37)	0,222
Akses Ibu terhadap Internet	Tidak (Ref)			
	Ya	1,21	(0,99-1,48)	0,066**
Pemeriksaan Kesehatan Postnatal	>1 minggu			
	≤1 minggu	1,41	(1,19-1,67)	<0,001***
Jenis Kelamin Anak	Perempuan (Ref)			
	Laki-Laki	0,95	(0,81-1,12)	0,563
Umur Anak	6-8 bulan (Ref)			
	9-12 bulan	0,99	(0,71-1,37)	0,967
	13-23 bulan	1,73	(1,34-2,23)	<0,001***
Pendidikan Suami	Rendah (Ref)			
	Sedang	0,99	(0,80-1,23)	0,935
	Tinggi	1,23	(0,92-1,65)	0,165
Tingkat Kesejahteraan	Rendah (Ref)			
	Sedang	1,04	(0,81-1,34)	0,749
	Tinggi	1,06	(0,83-1,36)	0,614
Karakteristik Variabel		β	(95% CI)	p-value
<b>Variabel Interaksi</b>				
<i>Economic Decision Making</i> *persentase Penduduk Miskin		0,01	(-0,12-0,13)	0,967

Karakteristik Variabel	OR	(95% CI)	p-value
<i>Economic Decision Making</i> *persentase Perempuan Bekerja	-0,15	(-0,32-0,02)	0,078*
<i>Freedom from threat</i> *persentase Penduduk Miskin	-0,11	(-0,23-0,01)	0,074*
<i>Freedom from threat</i> *persentase Perempuan Bekerja	0,14	(-0,01-0,28)	0,075*

Ket: \*sig pada  $p < 0,1$  ; \*\*sig pada  $p < 0,05$  ; \*\*\*sig pada  $p < 0,01$

Sumber: Data Hasil SDKI 2017, diolah

Ibu yang melakukan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan dalam satu minggu setelah melahirkan mempunyai peluang 1,41 kali lebih tinggi untuk memberikan praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *Minimum Acceptable Diet*. Ibu yang memiliki akses ke fasilitas kesehatan pada umumnya berasal dari rumah tangga dengan tingkat kesejahteraan yang baik sehingga Ibu tersebut memiliki peluang lebih baik dalam menerima pengetahuan yang lebih banyak mengenai gizi anak<sup>27</sup>. Anak pada kelompok umur 12-23 bulan memiliki peluang 1,73 kali lebih tinggi untuk menerima praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *minimum acceptable diet* sesuai rekomendasi dibandingkan anak pada kelompok umur 6-8 bulan. Adanya tradisi kepercayaan setempat pada wilayah tersebut bahwa jenis makanan padi-padian sudah cukup untuk anak selain itu juga berkembang tradisi bahwa anak baru bisa makan jenis makanan telur dan daging-dagingan setelah anak mencapai usia 1 tahun<sup>9</sup>.

Analisis selanjutnya ingin melihat apakah ada efek perbedaan pengaruh variabel indikator otonomi perempuan dan variabel kontekstual yang menggambarkan karakteristik wilayah secara regional terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak. Dalam penelitian ini variabel indikator otonomi perempuan yang digunakan adalah *economic decision making* dan *freedom from threat* karena kedua indikator ini memberikan pengaruh signifikan terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak. Selain itu variabel otonomi perempuan sendiri memang dapat dipengaruhi oleh status bekerja perempuan yang nantinya dapat berdampak pada tingkat kesejahteraan rumah tangganya<sup>8</sup>. Sehingga variabel kontekstual yang akan diinteraksikan dengan variabel otonomi perempuan adalah variabel persentase penduduk miskin dan variabel persentase perempuan bekerja. Dalam analisis ini di harapkan dapat terlihat efek perbedaan pengaruh indikator *economic decision making* dan *freedom from threat* yang mencerminkan otonomi perempuan terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak pada tiga indikator utama yang digunakan pada wilayah dengan persentase penduduk miskin yang terbagi dua kategori yaitu tinggi maupun rendah begitupun juga pada wilayah dengan persentase perempuan bekerja yang terbagi dua kategori yaitu tinggi dan rendah pula.

Pada model praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *Minimum Dietary Diversity* variabel interaksi *economic decision making* dengan persentase penduduk miskin dengan koefisien sebesar 0,11 yang artinya terdapat efek perbedaan pengaruh variabel otonomi perempuan indikator *economic decision making* terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *Minimum Dietary Diversity* pada wilayah yang memiliki persentase penduduk miskin yang tinggi dan rendah sebesar 0,11. Pada model praktik pemberian makan bayi dan anak dengan indikator *Minimum Meal*

*Frequency* terdapat interaksi antara variabel *economic decision making* dengan persentase perempuan bekerja dengan koefisien sebesar 0,05 yang artinya terdapat efek perbedaan pengaruh variabel otonomi perempuan indikator *freedom from threat* terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *Minimum Meal Frequency* pada wilayah dengan persentase penduduk miskin yang tinggi dan rendah sebesar 0,05. Ibu dengan otonomi yang tinggi dalam rumah tangga mempunyai kontrol lebih terhadap sumber daya rumah tangga yang terbatas seperti uang dan bahan makanan, dengan adanya kesempatan lebih dalam mengontrol ini maka Ibu dapat mengalokasikannya untuk memenuhi konsumsi gizi dan kesehatan anaknya. Selain itu adanya hubungan yang kuat antara kemiskinan dengan praktik pemberian makan bayi dan anak yang sesuai karena masyarakat yang miskin mempunyai kemampuan terbatas untuk membeli bahan makanan jenis hewani yang gizinya dibutuhkan oleh anak-anak sehingga rendahnya praktik pemberian makan dengan indikator *dietary diversity*<sup>26</sup>.

Selanjutnya, adanya pengaruh signifikan antara variabel interaksi terhadap variabel terikat pada model *Minimum Acceptable Diet* yaitu variabel interaksi *economic decision making* dan persentase perempuan bekerja. Nilai koefisien sebesar 0,15 artinya terdapat efek perbedaan pengaruh variabel otonomi perempuan indikator *economic decision making* terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *Minimum Acceptable Diet* pada wilayah dengan persentase penduduk miskin tinggi dan rendah sebesar 0,15. Selain itu, variabel interaksi *freedom from threat* dengan persentase penduduk miskin menunjukkan asosiasi sebesar 0,11 yang artinya terdapat efek perbedaan pengaruh variabel otonomi perempuan indikator *freedom from threat* terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *Minimum Acceptable Diet* pada wilayah dengan persentase penduduk miskin yang tinggi dan rendah sebesar 0,11. Sedangkan variabel interaksi *freedom from threat* dan persentase perempuan bekerja juga menunjukkan asosiasi sebesar 0,14 yang artinya terdapat efek perbedaan pengaruh variabel otonomi perempuan indikator *freedom from threat* terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *Minimum Acceptable Diet* pada wilayah dengan persentase perempuan bekerja tinggi dan rendah sebesar 0,14.

Tingkat pendidikan dan tingkat kesejahteraan ekonomi pada umumnya memang digunakan untuk menghitung variabel otonomi perempuan karena perempuan yang mempunyai penghasilan dari bekerja dapat meningkatkan tingkat kesejahteraannya dan melepaskan dirinya dari jerat kemiskinan selain itu dalam level mikro di dalam rumah tangga, perempuan yang bekerja juga dapat memiliki kontrol lebih terhadap sumber daya finansial rumah tangganya<sup>7</sup>. Perempuan



yang memiliki kontrol terhadap alokasi pengeluaran di rumah tangganya terbukti akan mengalokasikan pengeluarannya untuk kepentingan anaknya seperti perawatan kesehatan dan status gizi<sup>5</sup>. Salah satu jenis kekerasan dalam rumah tangga adalah kekerasan sosial ekonomi, salah satunya dengan melarang istri bekerja dan masih berkembangnya budaya patriarkis menyebabkan perempuan masih menjadi kaum yang tertindas karena memiliki keterbatasan dalam akses sumber daya sosial ekonomi di masyarakat<sup>27</sup>.

## KESIMPULAN

Hasil dari penelitian ini persentase penduduk miskin memiliki asosiasi negatif terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *Minimum Dietary Diversity*. Variabel tingkat kesejahteraan turut berasosiasi dengan praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *Minimum Dietary Diversity*. Variabel kontekstual persentase fasilitas kesehatan terbukti berasosiasi dengan indikator *Minimum Dietary Diversity* dan *Minimum Acceptable Diet*. Variabel *economic decision making* dan *access to control* berasosiasi positif terhadap indikator praktik pemberian makan bayi dan anak yaitu *minimum dietary diversity*. Variabel *freedom from threat* menunjukkan asosiasi terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *minimum dietary diversity* dan *minimum meal frequency*. Variabel kontrol pada level individu yaitu umur Ibu, akses Ibu terhadap internet, pendidikan suami, umur anak, pemeriksaan kesehatan setelah melahirkan terbukti berasosiasi dengan praktik pemberian makan bayi dan anak.

Variabel interaksi *economic decision making* dengan persentase penduduk miskin memiliki asosiasi dengan indikator *minimum dietary diversity*. Variabel interaksi *economic decision making* dengan persentase perempuan bekerja memiliki asosiasi dengan indikator *minimum meal frequency* dan *minimum acceptable diet* yang artinya memang ada efek perbedaan pengaruh variabel otonomi perempuan pada indikator tersebut terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak pada wilayah dengan persentase penduduk miskin tinggi dan rendah maupun persentase perempuan bekerja yang tinggi dan rendah. Sedangkan interaksi variabel *freedom from threat* dan persentase penduduk miskin dengan persentase perempuan bekerja berasosiasi dengan praktik pemberian makan bayi dan anak indikator *minimum acceptable diet*. Berdasarkan hasil ini dapat disimpulkan bahwa dapat dijelaskan adanya pengaruh variabel kontekstual dan variabel independen level individu terhadap variabel dependen (praktik pemberian makan bayi dan anak), selain itu perbedaan efek variabel otonomi perempuan terhadap praktik pemberian makan bayi dan anak secara regional yang digambarkan oleh variabel kontekstual sebagai karakteristik wilayah.

## ACKNOWLEDGEMENT

Terimakasih kepada Badan Pusat Statistik, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, dan Kementerian Kesehatan yang telah menyelenggarakan Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 yang datanya dapat dipergunakan

untuk penelitian ini.

## Konflik Kepentingan dan Sumber Pendanaan

Semua penulis tidak memiliki *conflict of interest* terhadap artikel ini. Terimakasih kepada Badan Pusat Statistik yang telah mendanai pendidikan saya sehingga saya bisa menulis artikel penelitian ini dalam masa studi saya tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

1. SUN. *Scaling Up Nutrition (SUN) Movement Strategy [2012-2015]*. Imperial College, London vol. 1 <https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2012/10/SUN-MOVEMENT-STRATEGY-ENG.pdf> (2012).
2. UNICEF. UNICEF. data.unicef.org (2020).
3. EAT - Lancet Commission. *Healthy Diet From Sustainable Food Systems Food Planet Health. Lancet* **5**, 1–30 (2019).
4. SMERU. *Strategic Review of Food Security and Nutrition in Indonesia*. [https://smeru.or.id/sites/default/files/publication/rr\\_fsn\\_indonesia\\_finalreport\\_eng.pdf](https://smeru.or.id/sites/default/files/publication/rr_fsn_indonesia_finalreport_eng.pdf) (2020).
5. Ng, C. S., Dibley, M. J. & Agho, K. E. Complementary Feeding Indicators and Determinants of Poor Feeding Practices in Indonesia: A secondary analysis of 2007 Demographic and Health Survey data. *Public Health Nutr.* **15**, 827–839 (2012).
6. Na, M., Jennings, L., Talegawkar, S. A. & Ahmed, S. Association between Women's Empowerment and Infant and Child Feeding Practices in Sub-Saharan Africa: An Analysis of Demographic and Health Surveys. **18**, 3155–3165 (2015).
7. Kabeer, N. *Women's Economic Empowerment and Inclusive Growth: Labour Markets and Enterprise Development*. <https://gsdrc.org/document-library/womens-economic-empowerment-and-inclusive-growth-labour-markets-and-enterprise-development/> (2012).
8. Khan, J. R., Awan, N. & Sheikh, M. T. A Multilevel and Spatial Analysis of the Infant and Young Child Feeding Practices and Associated Factors among the Under-2 Aged Children in Bangladesh. *Child Care Pract.* 1–18 (2019) doi:10.1080/13575279.2019.1680528.
9. Na, M., Aguayo, V. M., Arimond, M., Mustaphi, P. & Stewart, C. P. Predictors of Complementary Feeding Practices in Afghanistan: Analysis of the 2015 Demographic and Health Survey. *Matern. Child Nutr.* **14**, 1–14 (2018).
10. Sebayang, S. K. et al. Determinants of Age-Appropriate Breastfeeding, Dietary Diversity, and Consumption of Animal Source Foods among Indonesian Children. *Matern. Child Nutr.* **16**, 1–19 (2020).
11. Inayati, D. A. et al. Infant Feeding Practices Among Mildly Wasted Children: A Retrospective Study on Nias Island, Indonesia. *Int. Breastfeed. J.* **7**, 3 (2012).
12. Puspitasari, M. D. & Gayatri, M. Indonesia Infant and Young Child Feeding Practice: The Role of

- Women's Empowerment in Household Domain. *Glob. J. Health Sci.* **12**, 129 (2020).
13. Lamidi, E. O. Multilevel Analysis of State Variations in Women's Participation in Household Decision-Making in Nigeria. *J. Int. Womens. Stud.* **17**, 186–201 (2016).
  14. jejeebhoy & sathar. Women's Autonomy in India and Pakistan: The Influence of Religion and Region. **27**, 687–712 (2001).
  15. Tassew, A.A , Tekle, D.Y, Belachew A.B, Adhena, B. . Determinants of Minimum Acceptable Diet Among 6-23 Months Age Children in Ethiopia: A Multilevel Analysis of the Ethiopian Demographic Health Survey. *bioRxiv* 1–14 (2018) doi:10.1101/393678.
  16. BKKBN, BPS, KEMENKES & USAID. *Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2017. Bkkbn* (BKKBN, 2018).
  17. Rettig, E. M., Fick, S. E. & Hijmans, R. J. The Female Empowerment Index (FEMI): Spatial and Temporal Variation in Women's Empowerment in Nigeria. *Heliyon* **6**, e03829 (2020).
  18. Riyanto dan Uka Wikarya. *Statistika Ekonomi dan Bisnis*. (Mitra Wacana Media, 2018).
  19. Dian Ayu Puspitasari. Hubungan Antara Ketersediaan Infrastruktur Kesehatan dan Aksesibilitas dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Maternal di Indonesia (Analisis Data SDKI 2017). (Universitas Indonesia, 2020).
  20. Joop Hox. *Multilevel Analysis (Techniques and Application)*. (Lawrence Erlbaum Associates, Publisher, 2002).
  21. Aliyudin, F. & Budyana. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Komplikasi Persalinan Wanita Usia Subur di Indonesia Menggunakan Data SDKI 2012 (Aplikasi Analisis Regresi Logistik Biner Multilevel). *J. Apl. Stat. Komputasi Stat.* **8**, 33–46 (2017).
  22. Febrianto, A. R. Faktor Kontekstual Birth Spacing Di Indonesia. *Tesis Univ. Indones.* (2020).
  23. Berde, A. S. & Ozcebe, H. Risk Factors for Prolactal Feeding in Sub-Saharan Africa: A Multilevel Analysis of Population Data from Twenty-Two Countries. (2017) doi:10.1017/S1368980017000659.
  24. Na, M., Aguayo, V. M., Arimond, M. & Stewart, C. P. Risk Factors of Poor Complementary Feeding Practices in Pakistani Children Aged 6–23 Months: A Multilevel Analysis of the Demographic and Health Survey 2012–2013. *Matern. Child Nutr.* **13**, 1–12 (2017).
  25. Custodio, E. *et al.* Children's Dietary Diversity and Related Factors in Rwanda and Burundi: A Multilevel Analysis Using 2010 Demographic and Health Surveys. 1–18 (2019) doi:10.1371/journal.pone.0223237.
  26. Brunson, E. K., Shell-duncan, B. & Steele, M. Women ' s Autonomy and its Relationship to Children ' s Nutrition Among the Rendille of Northern Kenya. **64**, 55–64 (2009).
  27. Nurul Ulfhaini Bachri. Pengaruh Kekerasan dalam Rumah Tangga Terhadap Perceraian di Kecamatan Ciputat. (Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, 2020).