

RESEARCH STUDY

Indonesian Version

OPEN ACCESS

Praktek Pemberian Makan Bayi dan Anak Berdasarkan Daerah Tempat Tinggal di Provinsi Bengkulu, Indonesia

Infant and Young Child Feeding Practices Based on Region of Residence in Bengkulu Province, Indonesia

Demsa Simbolon^{1*}, Desri Suryani¹, Yunita Yunita¹, Yusran Fauzi²¹Departemen Gizi, Politeknik Kesehatan Bengkulu, Bengkulu, Indonesia²Departemen Kesehatan Masyarakat, Universitas Dehasen Bengkulu, Bengkulu, Indonesia**INFO ARTIKEL**

Received: 23-12-2022

Accepted: 22-10-2025

Published online: 21-11-2025

***Koresponden:**

Demsa Simbolon

demsa@poltekkesbengkulu.ac.id

DOI:

10.20473/amnt.v9i4.2025.640-650

Tersedia secara online:<https://e-journal.unair.ac.id/AMNT>**Kata Kunci:**

Frekuensi Makan, Keragaman Makanan, Pemberian Makan Bayi dan Anak, Perencanaan Kehamilan, Kuantitas ANC

ABSTRAK

Latar Belakang: Anak di bawah dua tahun mengalami periode pertumbuhan fisik yang pesat, yang memerlukan asupan gizi terbanyak dibandingkan kelompok usia lainnya. Namun, pemberian makan bayi dan anak (PMBA) sering kali tidak maksimal, yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan.

Tujuan: Penelitian bertujuan mengetahui determinan Praktek Pemberian Makan Bayi dan Anak Berdasarkan Daerah Tempat Tinggal di Propinsi Bengkulu.

Metode: Penelitian menggunakan desain cross sectional dari data SDKI 2017. Sampel adalah wanita usia subur (WUS) umur 15-49 tahun yang memiliki anak usia 6-24 bulan, sebanyak 73 anak dengan teknik sampling dua tahap berstrata. Analisis data menggunakan uji beda proporsi dengan uji chi square dan regresi binary logistic multivariat.

Hasil: Temuan penelitian ini 83,9% di perkotaan dan 91,5% di pedesaan praktek PMBA tidak sesuai rekomendasi. Tidak ada perbedaan praktek PMBA antara perkotaan dan pedesaan. Faktor yang berhubungan dengan praktek PMBA adalah perencanaan kehamilan dan kuantitas ANC. Kehamilan yang tidak direncanakan beresiko 4,8 kali ($p\text{-value}=0,04$) praktek PMBA tidak sesuai rekomendasi dibandingkan kehamilan yang diinginkan. Kuantita spemeriksaan kehamilan yang tidak berisiko 4,8 kali praktek PMBA tidak sesuai rekomendasi dibandingkan dengan kuantitas ANC baik ($p\text{-value}=0,05$).

Kesimpulan: Perencanaan kehamilan perlu menjadi materi edukasi penting bagi remaja putri, dan upaya meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang PMBA pada saat pemeriksaan kehamilan melalui program konseling gizi atau kelas ibu hamil di fasilitas kesehatan.

PENDAHULUAN

Anak usia di bawah dua tahun merupakan konsumen pasif, asupan nutrisi anak sangat bergantung pada pemberian makan oleh ibu atau pengasuh anak¹. Pemberian makan pada anak berkontribusi besar dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak, karena usia ini merupakan masa pertumbuhan yang sangat cepat dan rentan mengalami gangguan kesehatan dan gizi, sehingga pemberian makan pada kelompok umur ini perlu mendapat perhatian²⁻⁴. *Global Strategy on infant and child feeding* merekomendasikan bahwa pola pemberian makanan terbaik bagi bayi dan anak sejak lahir sampai berusia 24 bulan adalah inisiasi menyusui dini (IMD), menyusui secara eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan, mulai memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) sejak anak berumur 6 bulan, dan tetap menyusui sampai anak berusia 24 bulan⁵.

Masalah gangguan gizi pada anak umumnya terjadi pada usia 6 bulan dimana akhir dari periode pemberian ASI Eksklusif. Salah satu penyebabnya karena rendahnya mutu MP-ASI dan ketidaksesuaian waktu serta komposisi gizi yang diberikan tidak seimbang sehingga beberapa zat gizi tidak memenuhi kebutuhan anak⁶. Sangat sedikit anak mendapat MP-ASI yang baik⁷. Upaya untuk mengatasi masalah kekurangan gizi pada bayi dan anak melalui pemberian makanan bayi dan anak yang baik dan benar sesuai kelompok umur⁸. Strategi untuk memperluas cakupan pemberian makan bagi bayi dan anak sesuai standar adalah melalui praktek Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang sesuai rekomendasi meliputi frekuensi makan dan keragaman makanan⁹. Dilaporkan 25-50% orang tua melakukan praktik pemberian makan yang tidak tepat pada anak¹⁰. Pemberian makan yang salah dilaporkan penyebab dua per tiga balita mengalami kematian, sebagai akibat anak

tidak mendapatkan ASI eksklusif, anak mendapat makanan padat terlalu dini dan atau terlambat, kemudian komposisi zat gizi yang tidak lengkap, tidak seimbang dan tidak higienis⁶.

WHO menemukan di negara berkembang, kurang dari seperempat anak-anak berusia 6-23 bulan yang memenuhi kebutuhan minimum yang dapat diterima (*minimum acceptable diet*), keanekaragaman makanan dan standar frekuensi makan¹¹. Ketidakesesuaian pemberian makanan pada anak dilihat dari kualitas makro dan mikronutrien yang buruk, frekuensi, konsistensi, dan jumlah makanan yang tidak tepat, buruknya keamanan makanan dan air, kontaminasi, kebersihan yang buruk, pengolahan dan persiapan makanan yang tidak aman¹². Rekomendasi diet minimal yang dianjurkan oleh WHO merupakan kombinasi keragaman makanan minimal dan frekuensi makan minimal, yang dibedakan antara anak yang mendapat ASI dan tidak mendapat ASI¹³.

Data nasional menunjukkan praktek pemberian makan anak perlu menjadi perhatian penting untuk menjadi prioritas penyelesaian masalah sebagai upaya mencegah berbagai gangguan pertumbuhan anak. Praktek PMBA secara nasional menunjukkan hanya 60% anak mengonsumsi kelompok makanan minimal sesuai rekomendasi, dan hanya 72% anak menerima frekuensi makan minimal sesuai rekomendasi, dan 40 % anak mendapatkan praktik PMBA sesuai rekomendasi¹³. Hasil penelitian di Kabupaten Sumedang, Jawa Barat menemukan 43% anak tidak mendapat IMD, sebagian besar (78,8%) anak tidak ASI Eksklusif, sebesar 32,2% anak tidak menyusui hingga usia dua tahun, ditemukan 6,2% anak belum mendapat MP-ASI pada usia 6-8 bulan. Konsumsi anak tidak memenuhi kebutuhan *minimum dietary diversity* (32,9%), *minimum meal frequency* (37%), *minimum acceptable diet* (55,5%)¹⁴. Keadaan di Propinsi Bengkulu menunjukkan praktek PMBA hanya 45,4% yang sesuai rekomendasi, hanya 59,8% anak mengonsumsi minimal 4 kelompok makanan sesuai rekomendasi, dan hanya 74,3% anak menerima frekuensi makan minimal sesuai rekomendasi, dan hanya 45 persen anak mendapatkan praktik PMBA sesuai rekomendasi¹³. Secara umum, kelompok makanan yang banyak dikonsumsi oleh anak 6-23 bulan, di antaranya adalah makanan yang terbuat dari sereal (60,5%), buah dan sayuran kaya vitamin A (53,7%), dan daging/ikan/daging unggas (39%). Angka ini menunjukkan pemberian makan bayi dan anak di Propinsi Bengkulu masih menjadi masalah.

Kegagalan pemberian makan bayi dan anak dilaporkan berdampak pada peningkatan masalah gizi. Sekitar 32% anak balita terhambat pertumbuhannya dan 10% mengalami kekurangan gizi karena pemberian ASI dan makanan tambahan yang buruk¹⁵. Indonesia termasuk dalam 17 negara teratas dari 117 negara yang mempunyai tiga masalah gizi, yaitu stunting, wasting dan *overweight*¹¹. Hasil penelitian di beberapa negara menunjukkan asupan makanan berkaitan dengan stunting pada balita¹⁶. Penelitian di Zimbabwe menunjukkan pemberian makan bergizi dapat menurunkan angka stunting sebesar 8%¹⁷. Penelitian *systematic review* menemukan bahwa 17 literatur membuktikan bahwa intervensi PMBA signifikan

meningkatkan status gizi berdasarkan indeks TB/U dan menurunkan prevalensi stunting dan 12 literatur membuktikan bahwa intervensi PMBA signifikan meningkatkan status gizi anak berdasarkan indeks BB/U¹⁸. Hasil penelitian di beberapa wilayah Indonesia juga menunjukkan ada hubungan keragaman makanan dengan kejadian stunting pada balita¹⁹⁻²⁵. Faktor penyebab kejadian stunting diantaranya adalah MP-ASI dini dan terlambat, dan makanan yang diberikan tidak bervariasi dengan frekuensi dan tekstur yang tidak sesuai usia.²⁶ Orang tua yang menerapkan pemberian makan yang tepat sebagian besar memiliki anak dengan status gizi normal, sedangkan orang tua yang mengabaikan penerapan pemberian makan anak yang baik sebagai besar memiliki anak dengan kondisi kurus dan sangat kurus²⁷. Penelitian di Nusa Tenggara Timur menemukan bahwa praktek pemberian makan yang kurang tepat berisiko mengakibatkan anak stunting²⁸. Penelitian di Kabupaten Tagerang menemukan bahwa anak dengan praktek pemberian makan yang tidak optimal berisiko 8 kali memiliki status gizi kurus dibandingkan dengan anak yang mendapat pemberian makan yang tepat²⁹. Pemberian makan anak yang tidak tepat juga sebagai faktor risiko kematian anak. Lebih dari 45% kematian balita karena masalah gizi³⁰, anak-anak yang mengalami kekurangan asupan gizi memiliki risiko kematian yang lebih tinggi⁶.

Kegagalan PMBA yang tidak tepat dipengaruhi berbagai faktor, diantaranya pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, sosial ekonomi, umur ibu, frekuensi antenatal, umur anak, jarak kelahiran, akses informasi, kunjungan postnatal. Akses informasi radio, umur ibu, akses air bersih, akses pelayanan kesehatan, wilayah tempat tinggal, pemanfaatan pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan pascapersalinan³¹⁻³⁷. Data SDKI (2017) menunjukkan anak di daerah pedesaan lebih lama mendapat ASI (22,4 bulan) dibandingkan dengan anak di perkotaan (20,7 bulan). Anak perempuan dan tinggal di perkotaan mengonsumsi makanan yang lebih beragam dibandingkan anak laki-laki (62% dibandingkan 59%) dan anak yang tinggal di pedesaan (66% dibandingkan 55%); persentase anak yang menerima frekuensi makan minimal sesuai rekomendasi lebih banyak di perkotaan (76%) daripada di pedesaan (68%). Persentase anak yang mendapatkan praktik PMBA sesuai rekomendasi lebih tinggi di perkotaan (46%) dibandingkan dengan di pedesaan (35%)¹³.

Belum ada hasil penelitian yang mendeskripsikan pemberian makan bayi dan anak berdasarkan wilayah tempat tinggal di Propinsi Bengkulu dan faktor yang mempengaruhinya. Sementara hasil survei nasional secara berkala menunjukkan cakupan PMBA di Propinsi Bengkulu masih rendah dan ditemukan berbagai masalah status gizi balita di Propinsi Bengkulu. Perlu dilakukan analisis lebih lanjut, untuk mengetahui determinan praktek pemberian makan bayi dan anak di Propinsi Bengkulu sebagai dasar pengambilan kebijakan intervensi yang tepat sesuai kondisi wilayah.

METODE

Desain Penelitian dan Sumber Data

Desain penelitian menggunakan pendekatan desain cross sectional dengan memanfaatkan hasil Survei

Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 merupakan survei ketujuh yang diselenggarakan di Indonesia melalui program *Demographic and Health Surveys* (DHS). SDKI dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Kementerian Kesehatan. Survei ini mendapat pendanaan dari Pemerintah Indonesia, dengan bantuan teknis yang diberikan oleh ICF International melalui proyek DHS Measure, sebuah program yang didukung oleh Badan Pembangunan Internasional AS (USAID) yang menawarkan pendanaan dan bantuan teknis untuk survei kependudukan dan kesehatan di berbagai negara. SDKI tahun 2017 menghasilkan perkiraan terbaru untuk indikator populasi dan kesehatan utama.

Populasi dan Sampel

Populasi yang ditargetkan dalam penelitian ini terdiri dari wanita usia subur, khususnya mereka yang berusia antara 15 dan 49 tahun, yang memiliki anak usia 6-24 bulan. Desain pengambilan sampel untuk SDKI tahun 2017 dikembangkan dengan cermat untuk memberikan perkiraan di tingkat nasional dan provinsi. Sampel SDKI tahun 2017 terdiri dari 1.970 blok sensus, yang mencakup beragam daerah perkotaan dan pedesaan. Jumlah blok sensus ini diharapkan menghasilkan ukuran sampel yang terdiri dari 49.250 rumah tangga. Berdasarkan sampel ini, diperkirakan sekitar 59.100 perempuan usia subur (usia 15-49 tahun), 24.625 remaja laki-laki yang belum menikah (usia 15-24 tahun), dan 14.193 laki-laki yang sudah menikah (usia 15-54 tahun) akan berpartisipasi sebagai responden. Kerangka pengambilan sampel SDKI 2017 dikembangkan berdasarkan Master Sampel Blok Sensus yang berasal dari Sensus Penduduk 2010. Kerangka pengambilan sampel rumah tangga untuk penelitian ini dibuat berdasarkan daftar rumah tangga biasa, yang diperbarui menggunakan data rumah tangga dari blok sensus yang dipilih. Unit pengambilan sampel dalam penelitian ini terdiri dari pekerja seks perempuan dalam rentang usia 15 hingga 54 tahun, yang semuanya memiliki anak berusia 6-24 bulan. Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam SDKI tahun 2017 adalah desain pengambilan sampel dua tahap bertingkat. Pada tahap pertama, seleksi beberapa blok sensus dilakukan dengan menggunakan metode probabilitas proporsional sistematis (PPS), dengan jumlah rumah tangga yang tercantum dalam Sensus Penduduk tahun 2010 (SP2010). Stratifikasi secara implisit dilakukan berdasarkan daerah perkotaan dan pedesaan, dan blok sensus diurutkan menurut kategori Indeks Kekayaan yang berasal dari SP2010. Pada tahap kedua, total 25 rumah tangga biasa dipilih secara sistematis dari daftar rumah tangga yang diperbarui di setiap blok sensus. Metode seleksi sampel dalam penelitian ini mengikuti proses yang sama yang digunakan pada SDKI tahun 2017, menggabungkan sampel yang diambil secara khusus dari Provinsi Bengkulu. Penelitian ini berfokus pada anak-anak dalam rentang usia 6 hingga 24 bulan sebagai unit analisis utama. Di Provinsi Bengkulu, sampel SDKI tahun 2017 terdiri dari 278 anak usia 6-23 bulan, di mana 73 anak usia 6-23 bulan memenuhi kriteria inklusi untuk penelitian ini, dengan 31 anak dari daerah perkotaan dan 42 anak dari

daerah pedesaan. Kriteria inklusi adalah anak harus anak kandung, tinggal bersama orang tuanya, berada dalam rentang usia 6 hingga 23 bulan, dan memiliki data lengkap untuk semua variabel yang diperlukan.

Pengumpulan Data

Variabel penelitian diperoleh dari kuesioner perempuan di SDKI tahun 2017. Variabel dependen adalah praktik pemberian makan bayi dan anak kecil (PMBA). Praktek PMBA dapat dilihat dalam kuesioner perempuan SDKI, khususnya bagian VI, yang membahas kesehatan dan gizi anak, butir nomor 650-653. Praktik PMBA juga dapat dilihat dari indikator seperti keragaman makanan anak dan frekuensi pemberian makanan mereka berdasarkan rekomendasi WHO tentang pemberian makanan pendamping.⁹ Praktik PMBA dikategorikan menurut rekomendasi mengenai keanekaragaman makanan dan frekuensi makan anak. Jika salah satu atau kedua indikator ini tidak sesuai dengan rekomendasi, maka praktik PMBA dianggap tidak sesuai dengan rekomendasi. Kategorisasi keanekaragaman pangan didasarkan pada rekomendasi WHO tahun 2008, yang menyatakan bahwa pola makan anak harus mencakup minimal empat kelompok makanan. Kelompok-kelompok ini terdiri dari makanan pokok, setidaknya satu makanan hewani, dan setidaknya satu kelompok buah dan sayuran, yang berasal dari total tujuh kelompok makanan: umbi-umbian dan biji-bijian, kacang-kacangan, susu dan produk olahannya, daging (daging sapi, unggas, ikan, dan hati/jeroan), telur, buah-buahan dan sayuran sumber vitamin A, dan buah-buahan dan sayuran lainnya. Kategorisasi frekuensi makan sesuai dengan anjuran WHO, yang menetapkan bahwa anak usia 6-8 bulan yang disusui harus diberikan makanan semi padat atau padat minimal dua kali sehari, anak usia 9-23 bulan minimal 3 kali sehari, dan anak usia 6-23 bulan yang tidak disusui harus diberikan makanan semi padat atau padat minimal empat kali sehari. Selanjutnya, variabel independen meliputi karakteristik keluarga seperti status sosial ekonomi, ukuran rumah tangga, dan jumlah anak di bawah lima tahun dalam keluarga; karakteristik ibu meliputi pendidikan ibu, pekerjaan ibu, kualitas dan kuantitas perawatan antenatal, penyedia perawatan antenatal, lokasi persalinan, usia pernikahan pertama, status perkawinan, paritas, usia ibu saat melahirkan, perencanaan kehamilan, dan lokasi perawatan prenatal; dan karakteristik anak seperti jenis kelamin, berat lahir, jarak kelahiran, dan pemeriksaan pasca melahirkan. Variabel-variabel tersebut dapat dilihat pada beberapa kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini, seperti tempat tinggal dalam kuesioner perempuan SDKI bagian I (pendahuluan) nomor 5, status sosial ekonomi keluarga dalam kuesioner rumah tangga bagian IV pertanyaan nomor 121, 122, dan 123, beberapa anggota rumah tangga dalam pertanyaan kuesioner perempuan SDKI bagian II (kunjungan petugas), usia ibu dan usia anak dalam kuesioner rumah tangga bagian I pertanyaan nomor 105-106, pekerjaan ibu dalam pertanyaan kuesioner perempuan SDKI nomor 108-109, pendidikan ibu dalam pertanyaan kuesioner perempuan SDKI nomor 108-109, personel pemeriksaan kehamilan pada pertanyaan kuesioner perempuan SDKI nomor 409), petugas bersalin dalam pertanyaan kuesioner

perempuan SDKI nomor 429-430, usia perkawinan pertama dan status perkawinan dalam pertanyaan kuesioner perempuan SDKI nomor 701, 702, 703, dan 704, paritas dalam pertanyaan kuesioner perempuan SDKI nomor 203, 205, 207, dan 208, perencanaan kehamilan pada pertanyaan kuesioner perempuan SDKI nomor 405), jenis kelamin pada pertanyaan kuesioner perempuan SDKI nomor 214), berat lahir pada pertanyaan kuesioner perempuan SDKI nomor 428, kualitas pelayanan antenatal pada pertanyaan kuesioner perempuan SDKI nomor 408-420, dan kuantitas layanan antenatal pada pertanyaan kuesioner perempuan SDKI nomor 408-420). Kualitas antenatal care (ANC) dinilai berdasarkan kunjungan ibu ke fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan dari sisi jenis pelayanan antenatal yang diterima (10T): menimbang berat badan, mengukur tinggi badan, mengukur tekanan darah, pengambilan sampel darah, tes urin, mengonsumsi tablet zat besi ≥ 90 tablet, dan menjelaskan tanda-tanda komplikasi kehamilan. Kualitas ANC dikategorikan baik jika ibu menerima 10 layanan T saat pemeriksaan kehamilan; sementara itu, kualitasnya dikategorikan buruk jika ibu menerima layanan kurang dari 10 T. Kuantitas ANC diukur berdasarkan frekuensi kunjungan ibu ke fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan, mulai dari trimester pertama hingga trimester ketiga. Kuantitas ANC dikategorikan baik jika frekuensi kunjungan pemeriksaan kehamilan memenuhi standar minimum (setidaknya empat kunjungan, termasuk satu kunjungan selama trimester pertama dan kedua dan dua kunjungan selama trimester ketiga). Kuantitas ANC dikategorikan buruk jika frekuensi kunjungan ANC tidak memenuhi standar minimum.

Analisis Data

Analisis bivariat menggunakan uji statistik *chi square* untuk mendeskripsikan perbedaan proporsi karakteristik keluarga, ibu dan anak di perkotaan dan pedesaan, serta mendeskripsikan perbedaan proporsi praktek PMBA berdasarkan karakteristik keluarga, ibu dan anak di perkotaan dan pedesaan. Analisis bivariat juga sebagai tahap seleksi variabel kandidat analisis multivariat ($p\text{-value} \leq 0,25$). Analisis multivariat menggunakan regresi binari logistik multivariat untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel independen dengan variabel dependen simultan dan untuk melihat variabel mana yang paling dominan berhubungan dengan praktek PMBA.

Etik Penelitian

Pertimbangan kegiatan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 memiliki kajian etik penelitian oleh Institutional Review Board ICF (*International Classification of Functioning*) dengan Nomor Proyek ICF 132989.0.00. Analisis lanjut data SDKI mendapat persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor *Ethical Clearance* KEPK.M/014/05/2021.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 menunjukkan praktek PMBA di Propinsi Bengkulu tidak optimal. Sebesar 77,4% di perkotaan dan

91,5% di pedesaan keragaman makanan bayi dan anak tidak sesuai rekomendasi. Sebesar 32,9% di perkotaan dan 50% di pedesaan frekuensi makan bayi dan anak tidak sesuai rekomendasi. Setelah dikompositkan antara keragaman makanan dan frekuensi makan, ditemukan 83,9% di perkotaan dan 91,5% di pedesaan praktek PMBA tidak sesuai rekomendasi. Tidak ada perbedaan proporsi keragaman makanan ($p\text{-value}=0,123$), frekuensi makan ($p\text{-value}=0,13$) dan praktek PMBA ($p\text{-value}=0,397$) berdasarkan daerah tempat tinggal di Propinsi Bengkulu.

Keanekaragaman makanan adalah jumlah dari kelompok makanan yang dikonsumsi selama periode 24 jam, telah didokumentasikan sebagai indikator yang valid dan dapat diandalkan kecukupan makanan dari anak-anak. Oleh karena itu, keanekaragaman makanan adalah variabel proksi yang cukup mudah untuk mengukur asupan gizi anak. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggunakan Keragaman Makanan sebagai salah satu indikator kunci untuk menilai praktek anak makan³⁸. Keragaman makanan dapat digunakan sebagai pendekatan dalam menilai kecukupan sumber zat gizi mikro dalam makanan yang dikonsumsi. Frekuensi makan minimal dapat digunakan sebagai estimasi kecukupan energi anak¹³.

Hasil penelitian di Indonesia, jenis bahan makanan yang paling banyak dikonsumsi oleh anak balita di Indonesia adalah sereal, akar, dan umbi-umbian, sementara jenis kelompok bahan makanan yang paling sedikit dikonsumsi yaitu buah-buahan serta kacang-kacangan³⁹. Pada negara berkembang mayoritas asupan makanannya didominasi oleh makanan sumber kalori dan kurangnya asupan makanan hewani, buah-buahan, sayur-sayuran⁴⁰. Keragaman pangan merupakan gambaran dari kualitas makanan yang dikonsumsi oleh balita⁴¹. Demikian juga di Propinsi Bengkulu, jumlah bahan makanan yang paling banyak dikonsumsi oleh anak yang berusia 6-23 bulan adalah sereal/biji-bijian (60,5%), hanya 39% anak yang mengonsumsi daging, ikan dan unggas, dan hanya 31% yang mengonsumsi telur¹³. Pada penelitian ini menemukan 77,4% di perkotaan dan 91,5% di pedesaan keragaman makanan bayi dan anak tidak sesuai rekomendasi. Sebesar 32,9% di perkotaan dan 50% di pedesaan frekuensi makan bayi dan anak tidak sesuai rekomendasi. Hampir seluruh anak di perkotaan (83,9%) dan pedesaan (91,5%) praktek PMBA tidak sesuai rekomendasi. Tidak ada perbedaan praktek PMBA antara masyarakat perkotaan dan pedesaan di Propinsi Bengkulu. Masalah PMBA ini akan berdampak pada timbulnya berbagai masalah status gizi anak. Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan di Ethiopia, hanya 13% keragaman makanan yang optimal³⁷. Penelitian *systematic review* menemukan bahwa keragaman makanan adalah faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting,⁴² demikian juga hasil Analisis Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI) di Indonesia membuktikan bahwa keragaman makanan berhubungan dengan status gizi anak³⁹. Hasil penelitian di Kabupaten Klaten menemukan bahwa keragaman pangan berhubungan dengan kejadian stunting pada anak usia 24-59 bulan⁴¹.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Praktik PMBA berdasarkan tempat tinggal di Bengkulu

Praktik PMBA	Perkotaan	Pedesaan	Total	p-value
Keragaman Makanan				
Sesuai Rekomendasi	22,6	9,5	16,1	0,123
Tidak Sesuai Rekomendasi	77,4	91,5	83,9	
Frekuensi Makan				
Sesuai Rekomendasi	67,7	50,0	58,9	0,13
Tidak Sesuai Rekomendasi	32,3	50,0	41,1	
PMBA				
Sesuai Rekomendasi	16,1	9,5	12,8	0,396
Tidak Sesuai Rekomendasi	83,9	91,5	87,2	
Status Sosial Ekonomi				
Terkaya	9,7	14,3	12,0	0,206
Lebih Kaya	12,9	7,1	10,0	
Menengah	16,1	38,1	27,1	
Lebih Miskin	35,5	19,0	27,3	
Termiskin	25,8	21,4	23,6	
Jumlah ART				
Keluarga Kecil	61,3	64,3	62,8	0,793
Keluarga Besar	38,7	35,7	37,2	
Jumlah Balita dalam RT				
1 Balita	61,3	71,4	66,4	0,362
>1 Balita	38,7	28,6	33,6	
Jenis Kelamin Anak				
Laki-Laki	58,1	50,0	54,1	0,495
Perempuan	41,9	50,0	45,9	
Riwayat BBLR				
BBLN	93,5	83,3	88,4	0,189
BBLR	6,5	16,7	11,6	
Jarak Antar Kelahiran				
Anak Pertama	20,9	31,0	26,0	0,211
<2 Tahun	12,9	2,4	7,7	
≥2 Tahun	58,1	66,7	62,4	
Pemeriksaan Perinatal				
Nakes	74,2	85,7	79,9	0,217
Non-Nakes	25,8	14,3	20,1	
Pendidikan Ibu				
Tinggi	6,5	16,7	11,6	0,396
Menengah	74,2	69,0	71,6	
Dasar	19,4	14,3	16,9	
Pekerjaan Ibu				
Bekerja	22,6	57,1	39,9	0,003
Tidak Bekerja	77,4	42,9	61,1	
Umur Ibu				
<20 Tahun	0	9,5	4,8	0,158
20-25 Tahun	90,3	76,2	83,2	
>35 Tahun	9,7	14,3	12,0	
Status Kawin				
Ada Pasangan	93,5	95,2	94,4	0,754
Tidak Ada Pasangan	6,5	4,8	5,6	
Paritas				
Primipara	29,0	31,0	30,0	0,668
Multipara	71,0	66,7	68,9	
Grandemultipara	0	2,3	1,1	
Usia Kawin Pertama				
≥21 Tahun	93,5	97,6	95,4	0,386
<21 Tahun	6,5	2,4	4,5	
Perencanaan Kehamilan				
Kehamilan Diinginkan	87,1	88,1	87,6	0,898
Kehamilan Tidak Diinginkan	12,9	11,9	12,4	
Tempat ANC				
Fasilitas Kesehatan	100,0	78,6	89,3	0,006
Non-Fasilitas Kesehatan	0	21,4	10,7	

Praktik PMBA	Perkotaan	Pedesaan	Total	p-value
Kuantitas ANC				
Baik	83,9	66,7	75,3	0,098
Tidak Baik	16,1	33,3	24,7	
Kualitas ANC				
Baik	38,7	16,7	27,7	0,034
Tidak Baik	61,3	83,3	72,3	
Tempat Persalinan				
Fasilitas Kesehatan	93,5	59,5	76,5	0,001
Non-Fasilitas Kesehatan	6,5	40,5	23,5	

Tabel 1 menunjukkan bahwa semua karakteristik keluarga dan anak berdasarkan daerah tempat tinggal homogen antara perkotaan dan pedesaan ($p\text{-value}>0,05$). Berdasarkan status sosial ekonomi keluarga baik di perkotaan maupun di pedesaan sebagian besar keluarga menengah ke bawah. Berdasarkan jumlah anggota rumah tangga baik di perkotaan (61,3%) maupun di pedesaan (71,4%) sebagian besar kategori keluarga kecil. Berdasarkan jumlah balita dalam rumah tangga dan jenis kelamin anak, proporsi di perkotaan dan pedesaan hampir sama. Karakteristik anak berdasarkan riwayat BBLR di perkotaan 6,5 bayi lahir BBLR, sedangkan di pedesaan terdapat 16,7% BBLR. Proporsi jarak antar kelahiran lebih 2 tahun di perkotaan (58,1%) dan di pedesaan (66,7%). Terdapat 25,8% di perkotaan dan 14,3% di pedesaan pemeriksaan perinatal bukan pada tenaga kesehatan.

Tabel 1 menunjukkan terdapat perbedaan proporsi karakteristik ibu berdasarkan daerah tempat tinggal yaitu pekerjaan ibu ($p\text{-value}=0,003$), tempat ANC ($p\text{-value}=0,006$), kualitas ANC ($p\text{-value}=0,034$) dan tempat persalinan ($p\text{-value}=0,001$), sedangkan karakteristik ibu lainnya tidak berbeda antara perkotaan dan pedesaan ($p\text{-value}>0,05$). Berdasarkan tingkat

pendidikan, baik di perkotaan maupun pedesaan sebagian besar ibu berpendidikan menengah ke bawah. Proporsi ibu bekerja di perkotaan (22,6%) lebih rendah dibandingkan ibu di pedesaan (57,1%). Berdasarkan kelompok umur ibu, baik di perkotaan maupun pedesaan sebagian besar ibu umur 20-35 tahun. Hampir seluruh ibu baik di perkotaan (93,5%) maupun di pedesaan (95,4%) hidup bersama dengan pasangan. Proporsi paritas di perkotaan dan pedesaan sebagian paritas multipara. Hampir seluruh proporsi usia kawin di perkotaan (94,1%) dan pedesaan (95%) pada usia kurang dari 21 tahun. Hampir seluruh proporsi perencanaan kehamilan di perkotaan dan pedesaan adalah kehamilan yang diinginkan. Berdasarkan tempat ANC, di perkotaan seluruh ibu hamil ANC di Fasilitas Kesehatan, sedangkan di pedesaan terdapat 21,4% ANC bukan di Fasilitas kesehatan. Proporsi kuantitas ANC di perkotaan (83,9%) lebih baik dibandingkan di pedesaan (66,7%), namun kualitas ANC (7T) baik di perkotaan (61,3%) maupun di pedesaan (83,3%) sebagian besar tidak baik. Tempat persalinan ibu di perkotaan hampir seluruhnya di fasilitas kesehatan (93,5%), sedangkan di pedesaan 59,5% bukan ke fasilitas kesehatan.

Tabel 2. Praktek PMBA berdasarkan Karakteristik Keluarga, Ibu dan Anak di Propinsi Bengkulu

Karakteristik Keluarga	Perkotaan (%)		p-value	Pedesaan (%)		p-value	Bengkulu (%)		p-value
	SR	TSR		SR	TSR		SR	TSR	
Daerah Tempat Tinggal									
Perkotaan							56,5	36,0	0,099*
Pedesaan							43,5	64,0	
Status Sosial Ekonomi									
Terkaya	7,7	11,1	0,520	30,0	9,4	0,403	17,4	10,0	0,786
Lebih Kaya	23,1	5,6		0	9,3		13,0	8,0	
Menengah	7,7	22,2		40,0	37,5		21,7	32,0	
Lebih Miskin	30,8	38,9		20,0	18,8		26,1	26,0	
Termiskin	30,8	22,2		10,0	25		21,7	24,0	
Jumlah ART									
Keluarga Kecil	76,9	50	0,129	60	65,6	0,746	69,6	60,0	0,432
Keluarga Besar	23,1	50		40	34,4		30,4	40,0	
Jumlah Balita dalam RT									
1 Balita	61,5	61,1	0,981	80	68,8	0,492	69,6	66,0	0,763
>1 Balita	38,5	38,9		20	31,3		30,4	34,0	
Jenis Kelamin Anak									
Laki-Laki	61,5	55,6	0,739	30	56,3	0,147	47,8	56,0	0,515
Perempuan	38,5	44,4		70	43,7		52,5	44,0	
Riwayat BBLR									
BBLN	84,6	100	0,085	90	81,3	0,517	87,0	88,0	0,9
BBLR	15,4	0		10	18,7		13,0	12,0	
Jarak Antar Kelahiran									
Anak Pertama	30,8	27,8	0,763	10	37,5	0,197	21,7	34,0	0,422
<2 Tahun	7,7	16,7		0	3,1		4,3	8,0	

Karakteristik Keluarga	Perkotaan (%)		p-value	Pedesaan (%)		p-value	Bengkulu (%)		p-value
	SR	TSR		SR	TSR		SR	TSR	
≥2 Tahun	61,5	55,6		90	59,4		73,9	58,0	
Pemeriksaan Perinatal									
Nakes	84,6	66,7	0,260	80	87,5	0,554	82,6	80,0	0,793
Non-Nakes	15,4	33,3		20	12,5		17,4	20,0	
Pendidikan Ibu									
Tinggi	0	11,1	0,220	30	12,5	0,422	13,0	12,0	0,684
Menengah	69,2	77,8		60	71,9		65,2	74,0	
Dasar	30,8	11,1		10	15,6		21,7	14,0	
Pekerjaan Ibu									
Bekerja	23,1	22,2	0,955	60	56,3	0,834	39,1	44,0	0,696
Tidak Bekerja	76,9	77,8		40	43,8		60,9	56,0	
Umur Ibu									
<20 Tahun	0	0	0,361	0	12,5	0,455	82,6	82,0	0,281
20-25 Tahun	84,6	94,4		80	75		0,0	8,0	
>35 Tahun	15,4	5,6		20	12,5		17,4	10,0	
Status Kawin									
Ada Pasangan	92,3	94,4	0,811	100	93,8	0,418	95,7	94,0	0,773
Tidak Ada Pasangan	7,7	5,6		0	6,2		4,3	6,0	
Paritas									
Primipara	30,8	27,8	0,856	10	37,5	0,067	21,7	34,0	0,212*
Multipara	69,2	72,2		80	62,5		73,9	66,0	
Grandemultipara	0	0		10	0		4,3	0,0	
Usia Kawin Pertama									
≥21 Tahun	15,4	0	0,085	10	0	0,070	13,0	0,0	0,009*
<21 Tahun	84,5	100		90	100		87,0	100,0	
Perencanaan Kehamilan									
Kehamilan Diinginkan	76,9	94,4	0,151	70	93,8	0,043	73,9	94,0	0,015*
Kehamilan Tidak Diinginkan	23,1	5,6		30	6,2		26,1	6,0	
Kuantitas ANC									
Baik	84,6	83,3	0,924	100	56,3	0,010	91,3	66,0	0,022*
Tidak Baik	15,4	16,7		0	43,7		8,7	34,0	
Tempat ANC									
Fasilitas Kesehatan	100	100	<0,001	80	78,1	0,900	91,3	86,0	0,522
Non-Fasilitas Kesehatan	0	0		20	21,9		8,7	14,0	
Kualitas ANC									
Baik	53,8	27,8	0,141	30	12,5	0,195	43,5	18,0	0,021*
Tidak Baik	46,2	72,2		70	87,5		56,5	82,0	
Tempat Persalinan									
Fasilitas Kesehatan	100	88,9	0,214	60	59,4	0,972	82,6	70,0	0,254*
Non-Fasilitas Kesehatan	0	11,1		40	40,6		17,4	30,0	

*) Kandidat Multivariat (<0,25), SR= Sesuai Rekomendasi, TSR=Tidak Sesuai Rekomendasi, BBLR=Berat Bayi Lahir Rendah

Tabel 2 menunjukkan tidak ada perbedaan praktek PMBA antara di perkotaan dan pedesaan ($p\text{-value}=0,099$), dan karakteristik keluarga, ibu dan anak di perkotaan dan pedesaan menunjukkan proporsi yang homogen ($p\text{-value}>0,05$), kecuali tempat ANC di perkotaan ($p\text{-value}<0,001$) dan kuantitas ANC di Pedesaan ($p\text{-value}=0,01$). Variabel kandidat analisis multivariat ($p\text{-value}\leq 0,25$) adalah daerah tempat tinggal, paritas, usia kawin pertama, perencanaan kehamilan, kualitas ANC dan Kuantitas ANC. Model akhir pada Tabel

5 menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan praktek PMBA adalah perencanaan kehamilan dan kuantitas ANC. Kehamilan yang tidak direncanakan beresiko 4,8 kali ($OR=4,862$; 95% $CI=1,04-22,725$). Praktek PMBA tidak sesuai rekomendasi dibandingkan kehamilan yang diinginkan. Kuantitas pemeriksaan kehamilan yang tidak beresiko 4,8 kali praktek PMBA tidak sesuai rekomendasi dibandingkan dengan kuantitas ANC baik ($OR=4,894$; 95% $CI=1,00-24,073$).

Tabel 3. Determinan Praktek Pemberian Makan Pada Bayi dan Anak (PMBA) di Propinsi Bengkulu

Karakteristik	B	p-value	OR (95% CI)
Perencanaan Kehamilan			
Kehamilan Diinginkan			1
Kehamilan Tidak Diinginkan	1,582	0,04	4,862(1,04-22,725)
Kuantitas ANC			
Baik			1
Tidak Baik	1,588	0,05	4,894(1,00-24,073)

**) Multivariate Logistic Binary Regression*

Hasil penelitian ini menemukan faktor yang berhubungan dengan PMBA adalah perencanaan kehamilan dan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) berisiko 4,8 kali praktek PMBA tidak sesuai rekomendasi dibandingkan dengan kehamilan yang diinginkan. Hasil penelitian di Kota Bogor menemukan kehamilan yang tidak diinginkan berdampak pada perawatan bayi, ibu butuh waktu untuk menerima keberadaan bayi⁴³. Kehamilan yang tidak diinginkan berdampak pada perilaku ibu dalam pemeriksaan kehamilan, dimana ibu dengan kehamilan yang tidak diinginkan berisiko tidak melakukan pemeriksaan kehamilan⁴⁴. Hasil analisis Data SKI 2012 juga membuktikan bahwa ibu dengan kehamilan tidak diinginkan berisiko 1,4 kali untuk tidak memeriksakan kehamilan secara lengkap dibandingkan kehamilan yang diinginkan⁴⁵. Kealpaan ibu dalam pemeriksaan kehamilan dapat mengakibatkan tidak terdeteksi adanya komplikasi kehamilan dan persalinan, gangguan pertumbuhan janin yang dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dilahirkan.

Hasil penelitian juga menemukan kuantitas pemeriksaan kehamilan berhubungan dengan praktek PMBA, ibu dengan kuantitas ANC tidak baik berisiko 4,8 kali praktek PMBA tidak sesuai rekomendasi. Sejalan dengan hasil penelitian di India menemukan bahwa frekuensi kunjungan antenatal care (≥ 4 kali) berhubungan dengan praktek pemberian makan anak³¹. Hasil penelitian di Ethiopia juga menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan kehamilan berhubungan dengan keragaman makanan anak 6-23 bulan³⁷. Kuantitas ANC di Propinsi Bengkulu sebagian besar (75,3%) dan secara nasional sebagian besar ibu di Indonesia sesuai standart, namun cakupannya belum mencapai target nasional cakupan ideal kunjungan pemeriksaan kehamilan sampai K4 yaitu 95%¹³. Dibandingkan dengan negara lain, di Ethiopia lebih tinggi yaitu 77,7%⁴⁶ dan juga di Malaysia 78,0%⁴⁷, namun di India (516%) lebih rendah dibandingkan di Indonesia⁴⁸. Penelitian di India menyebutkan alasan penggunaan layanan ANC yang tidak memadai, adalah ketidaksadaran, kendala keuangan, dan tidak tersedianya fasilitas transportasi. Pengetahuan mengenai jumlah kunjungan ANC masih kurang¹⁴. Pendidikan ibu merupakan penentu paling konsisten dan penting dalam penggunaan layanan kesehatan anak dan ibu, wanita berpendidikan tinggi cenderung mencari layanan berkualitas lebih tinggi dan memiliki kemampuan lebih besar untuk melakukan perawatan kesehatan yang lebih baik. Penelitian di India menyebutkan jika seorang wanita melakukan ANC relatif lebih awal dalam kehamilannya, kemungkinan besar dia akan menerima berbagai layanan yang direkomendasikan dibandingkan dengan seorang wanita yang menerima ANC setelah empat atau 5 bulan masa kehamilan. penelitian ini menunjukkan bahwa memberi tahu wanita tentang perlunya pemeriksaan ANC lebih awal kemungkinan besar akan meningkatkan peluang mereka untuk mendapatkan pengetahuan perawatan yang direkomendasikan. Alasan wanita menunda ANC yaitu karena tidak diberitahu tentang kapan harus melakukan kunjungan ANC³¹.

Pemeriksaan kehamilan bermanfaat bagi ibu hamil untuk mendapatkan informasi melalui konseling tentang pilihan dalam diet dan gaya hidup umum yang akan meningkatkan kesehatannya dan janinnya, ibu hamil dapat dilakukan deteksi dini kemungkinan komplikasi kehamilan dan persalinan yang mungkin timbul, sehingga dapat diambil tindakan lebih awal untuk mencegah kemungkinan hilangnya nyawa selama persalinan⁴⁹. Pemeriksaan kehamilan yang teratur akan menjamin kondisi fisik dan mental ibu hamil, serta mencegah kematian ibu dan bayi dalam kehamilan sampai kelahiran, persiapan untuk inisiasi menyusui dini (IMD), perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif sehingga dapat berjalan dengan sehat dan normal⁵⁰. Perawatan selama kehamilan merupakan tahap penting menuju kehamilan yang sehat, mencegah kematian ibu akibat melahirkan, mencegah komplikasi kehamilan⁵¹. Konseling pada saat kunjungan ANC berhubungan dengan pengetahuan dan sikap ibu. Kegiatan Konseling tanda dan bahaya kehamilan pada ibu hamil akan memperbaiki pengetahuan ibu hamil dan akan merubah sikap positif dalam mengenali dan mendeteksi secara dini tanda bahaya kehamilan⁵². Penelitian di wilayah Timur dan Tengah India, ibu yang sering mengunjungi ANC lebih cenderung mengenalkan MP-ASI baik kepada bayinya dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan kunjungan ANC³¹.

Penelitian ini memiliki beberapa kekuatan, seperti penggunaan data yang besar dan representatif yang bersumber dari SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) 2017. Data mencakup daerah perkotaan dan pedesaan, memfasilitasi pemeriksaan menyeluruh tentang perbedaan antara daerah-daerah ini. Desain penelitian cross-sectional memfasilitasi analisis hubungan antar variabel pada satu titik waktu, sementara metode pengambilan sampel bertingkat dua tahap memastikan representasi yang akurat dari populasi yang sedang diselidiki. Selain itu, analisis multivariat yang digunakan memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi praktik pemberian makan bayi dan anak kecil (PMBA). Namun, penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, salah satunya adalah pembatasan yang diberlakukan oleh desain cross-sectional, yang menghalangi kemungkinan menarik kesimpulan kausal. Keterbatasan lainnya adalah ketergantungan pada data sekunder yang sudah ada sebelumnya, yang dapat membatasi ketelitian pengukuran untuk variabel tertentu yang berkaitan dengan penelitian ini. Terakhir, meskipun temuan ini relevan untuk kebijakan kesehatan, penting untuk mendekati generalisasi hasil kepada seluruh penduduk Indonesia dengan hati-hati, mengingat fokus penelitian ini adalah Provinsi Bengkulu, yang mungkin memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan dengan daerah lain.

KESIMPULAN

Praktik **PMBA** di Provinsi Bengkulu dipengaruhi perencanaan kehamilan dan kuantitas perawatan antenatal. Sangat penting untuk menerapkan strategi yang bertujuan mencegah terjadinya kehamilan yang

tidak direncanakan. Pemerintah harus memprioritaskan intervensi program PMBA untuk ibu muda, terutama dalam kasus kehamilan yang tidak diinginkan. Selain itu, sangat penting untuk segera menerapkan pelatihan fasilitator PMBA di antara tenaga kesehatan di puskesmas dan kader kesehatan di posko pelayanan terpadu di seluruh Indonesia. Ini akan memudahkan pemberian pendidikan kepada ibu selama perawatan antenatal. Hubungan antara kualitas praktik ANC dan PMBA menunjukkan bahwa sangat penting untuk menerapkan inisiatif pendidikan kesehatan mengenai PMBA ketika ibu muda dan wanita hamil terlibat dalam ANC, untuk meningkatkan pengetahuan dan praktik mereka tentang PMBA. Selain itu, sangat penting untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas perawatan prenatal, sesuai dengan standar, untuk memastikan bahwa ibu diberikan informasi yang akurat tentang praktik PMBA. Selain itu, penting untuk meningkatkan komunikasi, penyebaran informasi, dan inisiatif pendidikan untuk keluarga berpenghasilan rendah, ibu muda, dan mereka yang memiliki latar belakang pendidikan terbatas.

ACKNOWLEDGEMENT

Kami mengapresiasi dukungan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistik, Indonesia, dan Kementerian Kesehatan RI, Jakarta. Kami juga berterima kasih kepada Biro Pusat Statistik karena telah menyediakan data.

KONFLIK KEPENTINGAN DAN SUMBER PENDANAAN

Semua penulis tidak memiliki konflik kepentingan dalam artikel ini. Penelitian ini didanai dari Biaya Penelitian Poltekeks Kementerian Kesehatan Bengkulu, Nomor PP.04.03/I/2008/1/2022.

KONTRIBUSI PENULIS

DS: konseptualisasi, metodologi, analisis formal, akuisisi pendanaan, penulisan draf asli, dan penulisan tinjauan & pengeditan. DS, Y: sumber daya, kurasi data, administrasi proyek, investigasi, dan perangkat lunak, YF: validasi dan visualisasi.

REFERENSI

- Sari, F. & Ernawati, E. The Relationship of Mothers' Attitudes about Feeding Infants and Children (IPM) with the Nutritional Status of Babies Under Two Years Old (Baduta). *Journal of health*. **5**, 77–80 (2016). <https://doi.org/10.30590/vol5-no2-p77-80>
- Martorell, R. Improved nutrition in the first 1000 days and adult human capital and health. *American Journal of Human Biology*. **29**, 1–24 (2017). <https://doi.org/10.1002/ajhb.22952>
- Ningsih, S., Kristiawati & Krisnana, I. Hubungan Perilaku Ibu dengan Status Gizi Kurang Anak Usia Toddler. *Jurnal Peditmaternal* **3**, 58–65 (2015). [file:///C:/Users/demsa/Downloads/admin,+7%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/demsa/Downloads/admin,+7%20(1).pdf)
- Waladow, G. et al. Hubungan Pola Makan dengan Status Gizi pada Anak Usia 3-5 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Tompasso Kecamatan Tompasso. *ejournal keperawatan (e-Kp)* **1**, 1–6 (2013). <https://doi.org/10.35790/jkp.v1i1.2184>
- Kemendes RI. *Laporan Nasional Riset Kesehatan dasar 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2018).
- WHO. *Complementary Feeding*. Geneva. (2017)
- WHO. *Infant and young child feeding*. Geneva. (2021).
- Sunarsih, T., Nugrahawati, A., Shanti, E. F. A., Sari, N. A. W. & Sukmawardani, P. U. *Buku Pintar Pemberian Makanan Bayi dan Anak*. (PT Remaja Rosdakarya, 2019).
- WHO, USAID & UNICEF. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices Part 3 Country Profiles*. (2010).
- Powell, F. C., Farrow, C. V & Meyer, C. *Food avoidance in children: the influence of maternal feeding practices and behaviours*. *Food Avoidance Eating Behaviors in children*. **57**, 683–692 (2011). <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.011>
- World Health Organization. *Global Nutrition Targets 2025: Anemia Policy Brief*. Geneva. (2014).
- Stewart, C. P., Iannotti, L., Dewey, K. G., Michaelsen, K. F. & Onyango, A. W. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Matern. Child Nutr.* **9**, 27–45 (2013). <https://doi.org/10.1111/mcn.12088>
- BPS, BKKBN & Kemendes RI. *Indonesia Demographic and Health Survey 2017. Central Bureau of Statistics* <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR342/FR342.pdf> (2018).
- Hendrawati, S., Rakhmawati, W. & Adistie, F. Feeding Practices pada Anak Usia 0-24 Bulan sebagai Upaya Pencegahan Stunting. *J. Keperawatan* **13**, 151–166 (2021). <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v13i1.1403>
- WHO. *Prevalence of stunting*. Geneva. (2019).
- Campbell, R. K. et al. Infant and young child feeding practices and nutritional status in Bhutan. *Matern. Child Nutr.* **14**, 1–6 (2017). <https://doi.org/10.1111/mcn.12762>
- Humphrey, J. H. et al. The sanitation hygiene infant nutrition efficacy (SHINE) Trial: Rationale, design, and methods. *Clin. Infect. Dis.* **7**, 132–147 (2019). <https://doi.org/10.1093/cid/civ844>
- Lassi, Z. S. et al. Impact of infant and young child feeding (IYCF) nutrition interventions on breastfeeding practices, growth and mortality in low-and middle-income countries: Systematic review. *Nutrients* vol. **12** at (2020). <https://doi.org/10.3390/nu12030722>
- Hanani, Z. & Susilo, R. Hubungan Praktik Pemberian Makan dan Konsumsi Pangan Keluarga dengan Kejadian Stunting Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kalibagor. *J. Kesehat.* **13**, 172–182 (2020). <https://doi.org/10.23917/jk.v13i2.11734>
- Zogara, A. U. & Pantaleon, M. G. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita. *J. Ilmu Kesehat. Masy.* **9**, 85–92

- (2020). <https://doi.org/10.33221/jikm.v9i02.505>
21. Margiana, W., Riani, E. N. & Syamrotul, I. Hubungan Keragaman Pangan dengan Kejadian Stunting. Jurnal Kebidanan Harapan Ibu Pekalongan. **8**, 14-17. <https://akbidhipekalongan.ac.id/e-journal/index.php/jurbidhip/article/view/116/122>
22. Prastia, T. N. & Listyandini, R. Keragaman Pangan berhubungan dengan Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan. *Hear. J. Kesehat. Masy.* **8**, 33-40 (2020). <https://doi.org/10.32832/hearty.v8i1.3631>
23. Wantina, M., Sri Rahayu, L. & Yuliana, I. Keragaman Konsumsi Pangan Sebagai Faktor Risiko Stunting pada Balita Usia 6-24 Bulan. *ARGIPA (Arsip Gizi dan Pangan)*. **2**, 89-96 (2017). <https://journal.uhamka.ac.id/index.php/argipa>
24. Damayanti, R. A., Muniroh, L. & Farapti, F. Perbedaan Tingkat Kecukupan Zat Gizi Dan Riwayat Pemberian Asi Eksklusif Pada Balita Stunting Dan Non Stunting. *Media Gizi Indonesia*. **11**, 61-69 (2016). <https://doi.org/10.20473/mgi.v11i1.61-69>
25. Khoiriyah, IH., Pertiwi, FD. & Prastia, TN. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 24-59 Bulan Di Desa Bantargadung Kabupaten Sukabumi Tahun 2019. *Promotor*. **4**, 145 (2021). <https://doi.org/10.32832/pro.v4i2.5581>
26. Anggryni, M. et al. Faktor Pemberian Nutrisi Masa Golden Age dengan Kejadian Stunting pada Balita di Negara Berkembang. *J. Obs. J. Pendidik. Anak Usia Dini* **5**, 1764-1776 (2021). <https://doi.org/10.31004/obsesi.v5i2.967>
27. Subarkah, T., Nursalam & Rachmawati, P. D. Pola Pemberian Makan terhadap Peningkatan Status Gizi pada Anak Usia 1-3 tahun. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic*. **1**, 146-154 (2016). <https://doi.org/10.24990/injec.v1i2.120>
28. Niga, D. M. & Purnomo, W. Stunting pada Anak Usia 1-2 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Oebobo Kota Kupang. *J. Wiyata* **3**, 151-155 (2016). <https://dx.doi.org/10.56710/wiyata.v3i2.85>
29. Perdani, Z. P., Hasan, R. & Nurhasanah, N. Hubungan Praktik Pemberian Makan Dengan Status Gizi Anak Usia 3-5 Tahun Di Pos Gizi Desa Tegal Kunir Lor Mauk. *J. JKFT* **1**, 17-29 (2017). <https://doi.org/10.31000/jkft.v2i2.59>
30. Hanim, B. Faktor Yang Memengaruhi Status Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Kota Pekanbaru. *JOMIS (Journal Midwifery Sci)*. **4**, 15-24 (2020). <https://doi.org/10.36341/jomis.v4i1.1118>
31. Dhami, M. V., Ogbo, F. A., Osuagwu, U. L. & Agho, K. E. Prevalence and factors associated with complementary feeding practices among children aged 6-23 months in India: A regional analysis. *BMC Public Health* **19**, 1-16 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7360-6>
32. Beyene, M., Worku, A. G. & Wassie, M. M. Dietary diversity, meal frequency and associated factors among infant and young children in Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Public Health* **15**, (2015). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2333-x>
33. Aemro, M., Mesele, M., Birhanu, Z. & Atenafu, A. Dietary Diversity and Meal Frequency Practices among Infant and Young Children Aged 6-23 Months in Ethiopia: A Secondary Analysis of Ethiopian Demographic and Health Survey 2011. *Journal of Nutrition and Metabolism*. **2013**, 1-8 (2013). <http://dx.doi.org/10.1155/2013/782931>
34. Tadesse, A. Predictors of infant and young feeding practices among children 6-23 months old in Bannatsemayworeda, Ethiopia. *International Journal of Nutritional Disorders & Therapy Research*. **8**, 7-16 (2018). <https://www.sciresliterature.org/NutritionalDisorders/IJNDT-ID15.pdf>
35. Karnila, A. & Bantas, K. The Association between Residence and Exclusive Breastfeeding Practice among Infant 0-5 Months in Indonesia (Indonesian Demographic Health Survey Data Analysis) in 2017. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*. **3**, 49-54 (2019). <https://doi.org/10.7454/epidkes.v3i2.3176>
36. Temesgen, H., Yeneabat, T. & Teshome, M. Dietary diversity and associated factors among children aged 6-23 months in Sinan Woreda, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Nutrition*. **4**, 1-8 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0567-9>
37. Subedi, N., Paudel, S. & Kumar Poudyal, A. Infant and Young Child feeding practices in Chepang Communities MCH project View project Physical Activity Report Card Development, Nepal View project Infant and Young Child Feeding Practices in Chepang Communities. *Journal of Nepal Health Research Council* **10**, 141-146 (2012). <https://hdl.handle.net/20.500.14356/1926>
38. Amugsi, D. A., Mittelman, M. B. & Oduro, A. Association between maternal and child dietary diversity: An analysis of the Ghana Demographic and Health Survey. *PLoS ONE*. **10**, 1-12. (2015). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136748>
39. Utami, N. H. & Mubasyiroh, R. Keragaman Makanan dan Hubungannya dengan Status Gizi Balita: Analisis Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI). *Gizi Indonesia*. **43**, 37-48 (2020). <https://doi.org/10.36457/gizindo.v%vi%i.467>
40. Ochola, S. & Masibo, P. K. Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries. *Annals of nutrition & metabolism*. **64**, 24-40 (2014). <https://doi.org/10.1159/000365125>
41. Widyaningsih, N. N., Kusnandar, K. & Anantanyu, S. Keragaman pangan, pola asuh makan dan kejadian stunting pada balita usia 24-59 bulan. *Jurnal Gizi Indonesia. (The Indonesian Journal Nutrition)*. **7**, 22-29 (2018). <https://doi.org/10.14710/jgi.7.1.22-29>
42. Nugroho, M. R., Sasongko, R. N. & Kristiawan, M. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian

- Stunting pada Anak Usia Dini di Indonesia. *J. Obs. J. Pendidik. Anak Usia Dini* **5**, 2269–2276 (2021). <https://doi.org/10.31004/obsesi.v5i2.1169>
43. Nawati, N. & Nurhayati, F. Dampak Kehamilan Tidak Diinginkan terhadap Perawatan Kehamilan dan Bayi (Studi Fenomenologi) di Kota Bogor. *J. Kesehat.* **9**, 21–25 (2018). <https://doi.org/10.26630/jk.v9i1.729>
44. Dumilah, R. Umur, interval kehamilan, kehamilan yang diinginkan dan perilaku pemeriksaan kehamilan. *J. Penelit. Kesehat. Suara Forikes* **10**, 73–79 (2019). <http://dx.doi.org/10.33846/sf10201>
45. Dini, L. I., Riono, P. & Sulistiyowati, N. Pengaruh Status Kehamilan Tidak Diinginkan Terhadap Perilaku Ibu Selama Kehamilan Dan Setelah Kelahiran Di Indonesia (Analisis Data Sdkl 2012). *J. Kesehat. Reproduksi* **7**, 119–133 (2016). <https://doi.org/10.22435/kespro.v7i2.5226.119-133>
46. Tariku, A. *et al.* Mothers' education and ANC visit improved exclusive breastfeeding in Dabat health and Demographic surveillance system site, northwest Ethiopia. *PLoS One* **12**, 1–13 (2017). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179056>
47. Keya, T., Fernandez, K., Kharkwal, K. & Habib, N. Impact of antenatal care on pregnancy outcomes: A cross-sectional study in a rural community in Malaysia. *Med. J. Dr. D.Y. Patil Vidyapeeth* **14**, 172–179 (2021). https://doi.org/10.4103/mjdrdypu.mjdrdypu_14_20
48. Kumar, G. *et al.* Utilisation, equity and determinants of full antenatal care in India: analysis from the National Family Health Survey 4. *BMC Pregnancy Childbirth* **19**, 2–9 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2473-6>
49. Kuuire, V. Z. *et al.* Timing and utilisation of antenatal care service in Nigeria and Malawi. *Global Public Health* **12**, 711–727 (2017). <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1316413>
50. Lumempouw, V. J. R., Kundre, R. M. & Bataha, Y. Hubungan Faktor Sosial Ekonomi Ibu Hamil dengan Keteraturan Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) di Puskesmas Ranotana Weru Kecamatan Wanea Kota Manado. *e-journal Keperawatan (e-Kp)* **4**, 1–7 (2016). <https://doi.org/10.35790/jkp.v4i2.14075>
51. Fatkhiyah, N. & Izzatul, A. Keteraturan Kunjungan Antenatal Care di Wilayah Kerja Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal. *Indones. Jurnal Kebidanan* **3**, 18–23 (2019). <https://doi.org/10.26751/ijb.v3i1.725>
52. Eppang, Y. Pengaruh Konseling Saat Antenatal Care (ANC) Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil Tentang Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kapasa. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah* **5**, 254–264 (2020). <https://doi.org/10.30651/jkm.v5i2.6331>