

TESIS

**DETERMINAN KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA
6-23 BULAN DI DAERAH LOKUS DAN NON LOKUS
DI KABUPATEN LUWU TIMUR**

*DETERMINANTS OF STUNTING IN CHILDREN AGED 6-23
MONTHS IN LOCUS AND NON LOCUS AREA
IN EAST LUWU DISTRICT*

KANAANG MABE PARENRENG

K012181087



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

**DETERMINAN KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA
6-23 BULAN DI DAERAH LOKUS DAN NON LOKUS
DI KABUPATEN LUWU TIMUR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi
Kesehatan Masyarakat**

Disusun dan diajukan oleh

KANAANG MABE PARENRENG

kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

TESIS

DETERMINAN KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA 6-23 BULAN
DI DAERAH LOKUS DAN NON LOKUS
DI KABUPATEN LUWU TIMUR

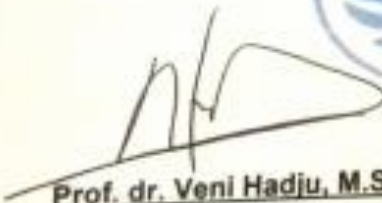
Disusun dan diajukan oleh :

KANAANG MABE PARENRENG

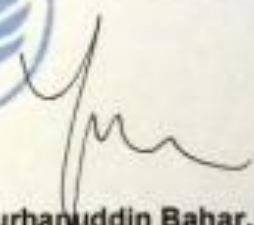
Nomor Pokok K012181087

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 25 November 2020
dan dinyatakan telah memenuhi syarat


Menyetujui
Komisi Penasihat


Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc., Ph.D.

Ketua


Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS

Anggota


Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat,

Dr. Masni, Apt., MSPH

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kanaang Mabe Parenreng

Nomor Mahasiswa : K012181067

Program Studi : Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Gizi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan dari tesis ini adalah hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, November 2020



Yang menyatakan,

Kanaang Mabe Parenreng

PRAKATA

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatu

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul “**Determinan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-23 Bulan di Daerah Lokus dan Non Lokus di Kabupaten Luwu Timur**” sebagai salah satu persyaratan dalam memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.KM) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Gizi Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Dalam penulisan tesis ini terdapat berbagai macam hambatan dan tantangan, namun semuanya dapat teratasi dengan penuh kesabaran dan keikhlasan serta bantuan, bimbingan, kritikan dan saran dari berbagai pihak. Penulis juga menyadari bahwa tesis ini jauh dari kata sempurna dan masih banyak kekurangan di dalamnya baik dari segi kualitas maupun kuantitas materi penelitian yang dikerjakan. Sehingga penulis sangat mengharapkan kritikan dan saran yang membangun demi kesempurnaan tulisan ini.

Ucapan terima kasih dari lubuk hati yang dalam penulis haturkan kepada Bapak **Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc.,Ph.D** sebagai Ketua Komisi Penasihat dan **Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS** sebagai Anggota Komisi Penasihat yang senantiasa memberikan arahan, dorongan dan bimbingan

selama proses penyusunan tesis ini. Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dewan penguji yang terhormat atas masukan, saran dan koreksinya dalam pembuatan tesis ini yakni, Ibu **Dr. Nurhaedar Jafar, Apt.,M.Kes**, Ibu **Dr. Healthy Hidayanty, SKM.,M.Kes** dan Bapak **Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM.,M.Kes**. Semoga Allah membalas segala kebaikan dan kemurahan hati bapak dan ibu dengan limpahan Rahmat dan HidayahNya. Ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula pada:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Ketua Program Studi S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, terkhusus kepada seluruh dosen Departemen Gizi, yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga selama penulis
5. Seluruh staf pegawai FKM Unhas terkhusus kepada staf jurusan Gizi dan administrasi atas segala bantuannya dalam pengurusan administrasi penulis.

6. Bupati Kabupaten Luwu Timur Bapak **Ir. H. Muh. Thorif Husler** atas segala bantuan dan dukungan serta memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Tugas Belajar PPSDM
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu Timur **dr. H. April, M.Kes** atas segala bantuan, motivasi dan dukungannya
8. Seluruh Kepala Kecamatan, Kepala Puskesmas, Kepala Desa, Tenaga Enumerator, Kader Posyandu serta semua pihak yang terlibat dan telah banyak membantu penulis dalam pelaksanaan penelitian di lapangan.
9. Teman-teman kelas A dan Teman-teman jurusan Gizi angkatan 2018 Pascasarjana FKM Unhas atas segala saran, kritik, doa dan dukungannya selama ini.

Teristimewa Tesis ini penulis persembahkan kepada kedua orang tua Bapak Mabe Parenreng dan Mama Salma atas semua keikhlasan dan ketulusan serta doa yang tak pernah putus. Kepada suami tercinta Alimin Latief serta anak-anakku Naufal, Khalil dan Azzam atas segala dukungan dan semangat serta doa yang tulus.

Semoga pihak yang membantu dalam penulisan Tugas Akhir mendapatkan pahala oleh Allah dan semoga Tugas Akhir ini bermanfaat bagi semua pihak yang berkenan membacanya dan mempelajarinya.

Makassar, November 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PRAKATA.....	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACK	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
Daftar GAMBAR	ix
Daftar LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan.....	10
D. Manfaat.....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Stunting	12
B. Gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)	24
C. Tinjauan Umum Tentang Kolostrum.....	31
D. Tinjauan Umum Tentang Air Susu Ibu (ASI).....	33
E. Tinjauan Umum Tentang Makanan Pendamping ASI.....	38
F. Tinjauan Umum Tentang Cuci Tangan.....	44
G. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Diare.....	46
H. Tinjauan Umum Tentang Rokok.....	49
I. Kerangka Teori Penelitian	53

J. Kerangka Konsep Penelitian	55
K. Hipotesis Penelitian.....	56
L. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	57
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	59
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	59
C. Populasi dan Sampel	61
D. Alat dan Bahan	64
E. Pengumpulan Data	65
F. Pengolahan dan Analisis Data	68
G. Penyajian Data.....	69
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Umum Wilayah	70
B. Hasil Penelitian	74
C. Pembahasan.....	93
D. Keterbatasan Penelitian	130
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	132
B. Saran	133
DAFTAR PUSTAKA.....	135
LAMPIRAN	145

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
Tabel 2.1	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak	20
Tabel 2.2	Standar Panjang Badan menurut Umur (PB/U) Anak Laki-laki Umur 0 – 24 Bulan	21
Tabel 2.3	Standar Panjang Badan menurut Umur (PB/U) Anak Perempuan Umur 0 – 24 Bulan	22
Tabel 2.4	Angka Kecukupan Gizi (AKG)	23
Tabel 2.5	Kandungan Kolostrum	31
Tabel 2.6	Kandungan dan Manfaat Kolostrum	32
Tabel 2.7	Prinsip Pemberian MP ASI	41
Tabel 2.8	Jenis dan Frekuensi Pemberian MP ASI	41
Tabel 2.9	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	57
Tabel 2.10	Distribusi Sampel	63
Tabel 3.1	Distribusi frekuensi karakteristik keluarga daerah lokus dan non lokus	75
Tabel 3.2	Distribusi Frekuensi Karakteristik Anak Daerah Lokus dan Non Lokus	77
Tabel 3.3	Distribusi frekuensi asupan gizi daerah lokus dan non lokus	78
Tabel 3.4	Hubungan karakteristik umum dengan stunting daerah lokus dan non lokus	81
Tabel 3.5	Hubungan faktor ibu dan RT dengan stunting daerah lokus dan non lokus	83
Tabel 3.6	Hubungan riwayat menyusui dengan stunting daerah lokus dan non lokus	85
Tabel 3.7	Hubungan riwayat Makanan Pendamping ASI dengan stunting daerah lokus dan non lokus	87
Tabel 3.8	Hubungan riwayat penyakit infeksi dengan Stunting daerah non lokus	89
Tabel 3.9	Hasil analisis multivariat pada variabel yang berpotensi mempengaruhi kejadian stunting di daerah lokus	91
Tabel 3.10	Hasil analisis multivariat pada variabel yang berpotensi mempengaruhi kejadian stunting di daerah non lokus	92
Tabel 3.1	Hasil analisis multivariat pada variabel yang berpotensi mempengaruhi kejadian stunting di daerah lokus dan non lokus	93

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
Gambar 2.1	Penyebab Stunting.....	16
Gambar 2.2	Infantometer (Alat Pengukur Panjang Badan)	20
Gambar 2.3	Cara Mengukur Panjang Badan	20
Gambar 2.4	Kerangka Teori.....	54
Gambar 2.5	Kerangka Konsep Penelitian	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

Izin Penelitian dari Dinas PTSP Provinsi Sulawesi Selatan	137
Izin Penelitian dari Dinas PTSP Kabupaten Luwu Timur.....	138
Lembar Penjelasan Untuk Responden.....	139
Kuesioner Penelitian	140
Dokumentasi Penelitian	146
Hasil Analisis	

ABSTRAK

KANAANG MABE PARENRENG. *Determinan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-23 bulan di Daerah Lokus dan Non Lokus di Kabupaten Luwu Timur.* (Dibimbing oleh **Veni Hadju** dan **Burhanuddin Bahar**)

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang pada periode 1.000 HPK. Penelitian bertujuan untuk mengetahui faktor determinan stunting anak usia 6-23 bulan daerah lokus dan non lokus di Kabupaten Luwu Timur.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain Cross Sectional. Populasi adalah anak usia 6-23 bulan di lima desa lokus dan lima desa non lokus sebanyak 858 orang. Sampel penelitian 200 orang diambil dengan metode Purposive Sampling, data dianalisis menggunakan chi square dan regresi logistik menggunakan SPSS.

Hasil penelitian menunjukkan 43,1% baduta stunting daerah lokus dan 22,4% non lokus. Hasil analisis menunjukkan faktor yang berhubungan dengan stunting daerah lokus adalah anggota keluarga merokok ($p = 0,032$), praktik cuci tangan ($p = 0,036$) dan ASI Eksklusif ($p = 0,001$). Sedangkan non lokus adalah riwayat penyakit diare ($p = 0,049$) dan praktik cuci tangan ($0,052$). Analisis gabung lokus dan non lokus menunjukkan bahwa anggota keluarga merokok, ASI eksklusif, frekuensi MP ASI dan praktik cuci tangan merupakan faktor determinan stunting. Variabel yang paling dominan pada daerah lokus adalah ASI eksklusif sedangkan non lokus adalah riwayat penyakit diare. Kesimpulan: Determinan stunting daerah lokus adalah anggota keluarga merokok, praktik cuci tangan dan ASI Eksklusif. Sedangkan daerah non lokus adalah riwayat penyakit diare dan praktik cuci tangan.

Kata Kunci : Stunting, Anak Usia 6-23 Bulan, Lokus, Non Lokus, Determinan



ABSTRACT

KANAANG MABE PARENRENG. *Determinants of Stunting in Children aged 6-23 months in Locus and Non-Locus Areas in East Luwu District.* (Supervised by **Veni Hadju** and **Burhanuddin Bahar**)

Stunting is a condition of failure to thrive in children under five due to chronic malnutrition and recurrent infections in the 1,000 HPK period. This study aims to determine the determinants of stunting in children aged 6-23 months in the locus and non-loci in East Luwu Regency

This research is an observational analytic study with a cross sectional design. The population was 858 children aged 6-23 months in five locus villages and five non-locus villages. The research sample of 200 people was taken using purposive sampling method, data were analyzed using chi square and logistic regression using SPSS.

The results showed 43.1% of baduta were stunting at locus and 22.4% were non-locus. The results of the analysis showed that the factors associated with stunting in the locus were family members smoking ($p = 0.032$), hand washing practices ($p = 0.036$) and exclusive breastfeeding ($p = 0.001$). Meanwhile, non-locus was a history of diarrhea ($p = 0.049$) and hand washing practices (0.052). Combined analysis of locus and non-loci shows that family members smoking, exclusive breastfeeding, frequency of complementary feeding and hand washing practices are determinants of stunting. The most dominant variable in the locus was exclusive breastfeeding, while non-locus was a history of diarrhea. Conclusion: The determinants of locus stunting are family members smoking, hand washing practices and exclusive breastfeeding. Meanwhile, non-locus areas are a history of diarrhea and hand washing practices

Keywords: Stunting, Children Aged 6-23 Months, Locus, Non Locus, Determinant



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gizi buruk adalah salah satu hal yang menjadi masalah global, termasuk di Indonesia. Pemenuhan gizi yang belum tercukupi baik sejak dalam kandungan hingga bayi lahir dapat menyebabkan terjadinya berbagai masalah kesehatan yang berdampak pada ibu dan bayinya. Salah satu gangguan kesehatan yang berdampak pada bayi adalah stunting atau tubuh pendek akibat kurang gizi kronik (Kementerian Kesehatan, 2018).

Pembangunan kesehatan dan gizi masyarakat 2015 – 2019 diarahkan untuk mendukung Program Indonesia Sehat dengan meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Salah satu indikator sasaran pokok Rencana Jangka Panjang Menengah Nasional 2015-2019 adalah meningkatkan status gizi masyarakat termasuk di dalamnya adalah penurunan prevalensi stunting. Target penurunan prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (di bawah dua tahun) adalah 28 % (RJPMN, 2019).

Pada tahun 2017 sebanyak 22,2% atau sekitar 150,8 juta balita di dunia mengalami stunting yang lebih dari setengah balita stunting di dunia berasal dari Asia (55%) dan sepertiganya lagi tinggal di Afrika (39%). Dari

86,3 juta balita stunting di Asia, proporsi terbanyak berasal dari Asia Selatan (58,7%) dan yang paling sedikit berasal dari Asia Tengah (0,9%). Jika dibandingkan dengan angka stunting pada tahun 2000 sebesar 32,6 %, maka dapat dikatakan bahwa telah terjadi penurunan stunting karena angka stunting pada tahun 2017 yaitu 22,2 %. Berdasarkan data balita stunting yang dikumpulkan oleh World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa Indonesia merupakan salah satu dari tiga negara dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara / South – East Asia Regional (SEAR). Adapun rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2005 – 2017 adalah sebesar 36,4 % (Kemenkes RI, 2018).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018a) menunjukkan adanya penurunan prevalensi stunting di tingkat nasional sebesar 6,4% selama periode lima tahun, yaitu dari 37,2% (2013) dengan rincian sangat pendek 18,0% dan pendek 19,2% menjadi 30,8% (2018) dengan rincian sangat pendek 11,5% dan pendek 19,3%. Pada tahun 2018, terdapat 18 propinsi dengan prevalensi stunting di atas nasional, tertinggi pada provinsi Nusa Tenggara Timur (42,6%). Sedangkan 16 provinsi lainnya prevalensinya di bawah nasional dan terendah berada pada DKI Jakarta (17,7%). Prevalensi stunting di Sulawesi Selatan pada anak balita (0-59 bulan) mengalami penurunan dari 35,6% pada tahun 2016 menjadi 34,8 % tahun 2017 dan meningkat menjadi 35,7% pada tahun 2018. Sedangkan pada anak baduta (0-23bulan) terjadi penurunan sekitar 4,95% dari 26,75%

pada tahun 2016 menjadi 21,8% pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan, 2017).

Stunting akan berdampak pada kualitas sumber daya manusia (SDM). Dalam jangka pendek, stunting menyebabkan gagal tumbuh, hambatan perkembangan kognitif dan motorik, dan tidak optimalnya ukuran fisik tubuh serta gangguan metabolisme. Dalam jangka panjang, stunting menyebabkan menurunnya kapasitas intelektual. Gangguan dan fungsi saraf dan sel-sel otak yang bersifat permanen dan menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran di sekolah dan akan berpengaruh pada produktifitasnya pada saat dewasa. Selain itu, stunting juga meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes mellitus, hipertensi, jantung coroner dan stroke (Kementerian PPN/Bappenas, 2018a).

Beberapa penelitian menunjukkan hasil yang berbeda-beda mengenai faktor yang berhubungan dengan kejadian stunting di Indonesia. Hasil penelitian yang dilakukan di Kalimantan Timur menunjukkan bahwa variabel yang paling dominan terkait dengan stunting pada anak di bawah lima tahun adalah tinggi badan ibu (Chifdillah, Utami dan Ratnawati, 2019). Menurut Ibrahim (2019) faktor determinan yang berhubungan dengan kejadian stunting adalah tinggi badan orang tua (Ibrahim *et al.*, 2019). Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Nusa Tenggara Timur yang menyatakan bahwa tinggi badan ibu < 150 cm merupakan faktor determinan stunting (Suriana *et al.*, 2012). Penelitian yang dilakukan di Bali,

Jawa Barat dan Nusa Tenggara Timur menunjukkan bahwa tinggi badan ibu kurang dari 150 cm menjadi faktor risiko stunting pada anak usia 0-23 bulan (OR=1.77; 95%CI:1.20— 2.59, $p<0.005$) (Nadiyah, Briawan dan Martianto, 2014). Penelitian survey kehidupan keluarga Indonesia selama empat gelombang yaitu tahun 1993, 1997, 2000 dan 2007 menunjukkan bahwa kejadian stunting berkaitan dengan anak yang memiliki orang tua pendek dan berat badan kurang (Rachmi *et al.*, 2016).

Kolostrum merupakan ASI yang pertama kali keluar, jumlahnya sangat sedikit namun mengandung protein dan zat anti infeksi. Sedangkan kadar karbohidrat, lemak dan total kalori lebih rendah dibandingkan dengan ASI mature (Roesli, 2004). Zat-zat gizi pada kolostrum juga membantu sistem pencernaan sehingga memudahkan penyerapan dari unsur mineral. Oleh karena itu, bayi yang mendapatkan IMD memiliki keuntungan yang lebih banyak dari bayi yang tidak IMD karena memperoleh unsur-unsur penting dari kolostrum dan mengurangi risiko untuk mengalami stunting (Annisa, Sumiaty dan Tondong, 2019).

Penelitian survey kehidupan keluarga Indonesia selama empat gelombang yaitu tahun 1993, 1997, 2000 dan 2007 menunjukkan adanya penurunan stunting dari gelombang satu ke empat (50,8% menjadi 36,7%) berkaitan dengan anak yang mendapatkan ASI selama 6 bulan atau lebih (Rachmi *et al.*, 2016). Hasil penelitian (Annisa, Sumiaty dan Tondong, 2019) menemukan adanya hubungan antara IMD dan asi Eksklusif terhadap kejadian stunting. Sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa anak

yang tidak mendapatkan ASI eksklusif berisiko 9,5 kali secara berturut-turut mengalami stunting (M. Rizal Permadi, 2016).

Penelitian yang dilakukan di Indonesia menunjukkan bahwa Anak-anak yang tidak diberi makan sesuai usia secara signifikan lebih mungkin mengalami stunting (31,3%) dibandingkan mereka yang diberi makan secara tepat (24,2%) (Torlesse *et al.*, 2016). Faktor paling dominan terhadap kejadian stunting adalah usia pemberian makanan pendamping ASI < 6 bulan (Samuel *et al.*, 2016). Penelitian yang dilakukan di Kupang menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara pemberian MP-ASI dini dengan kejadian stunting pada balita (Lidia dan Ernita, 2019). Temuan (Mekonen, Addisu dan Mekonnen, 2019) menunjukkan bahwa hubungan positif yang signifikan terhadap stunting adalah pemberian makanan pendamping asi terlalu dini.

Penelitian di Bengkulu menunjukkan bahwa riwayat penyakit infeksi dan sanitasi lingkungan berkaitan dengan kejadian stunting (Wulandari, Rahayu dan Darmawansyah, 2017). Sejalan juga dengan penelitian Dewi (2018) yang menunjukkan bahwa adanya riwayat penyakit infeksi mempunyai pengaruh terhadap kejadian stunting (Permatasari dan Sumarmi, 2018). Diare merupakan salah satu penyakit infeksi yang masih merupakan masalah kesehatan di Indonesia dan merupakan salah satu penyebab kematian dan kesakitan pada anak, terutama anak usia dibawah lima tahun (Kemenkes, 2011b). Anak dengan morbiditas diare menjadi predictor stunting (Dake *et al.*, 2019). Menurut (Kismul *et al.*, 2017) anak

yang diare selama dua minggu terakhir merupakan faktor determinan stunting. Balita yang terkena diare memiliki risiko untuk mengalami stunting sebesar 0,016 kali lebih besar dibandingkan balita yang tidak mengalami diare (Purnama, R., & Purnama, 2019). Penelitian yang dilakukan oleh (Berhe *et al.*, 2019) menunjukkan bahwa kejadian diare berulang pada anak merupakan faktor risiko stunting. Temuan (Mekonen, Addisu dan Mekonnen, 2019) menunjukkan hubungan positif signifikan terhadap stunting pada anak yang mengalami diare dalam 2 minggu terakhir.

Beberapa hasil penelitian tersebut di atas memang menyatakan bahwa variabel tinggi badan, pemberian kolostrum, pemberian ASI eksklusif, pemberian MP ASI terlalu dini, frekuensi pemberian MP ASI, praktik cuci tangan dan penyakit diare adalah variabel yang semuanya berpengaruh terhadap kejadian stunting, tetapi belum ada kajian khusus yang dilakukan di daerah yang prevalensi stuntingnya tinggi dan rendah.

Data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi stunting di Kabupaten Luwu Timur sebesar 23,3% dan berada pada urutan keempat terendah setelah Bantaeng, Pare-pare dan kota Makassar. Jika dibandingkan dengan target RJPMN 2015-2019 sebesar 28 %, ini berarti bahwa prevalensi stunting di kabupaten Luwu Timur tergolong rendah dari kabupaten lain .

Upaya penurunan stunting memerlukan intervensi gizi yang dilakukan secara terintegrasi dan terpadu, mencakup intervensi gizi spesifik

(mengatasi penyebab langsung) dan gizi sensitif (mengatasi penyebab tidak langsung). Beberapa penelitian baik dalam maupun luar negeri telah menunjukkan bahwa keberhasilan pendekatan terintegrasi yang dilakukan pada sasaran prioritas di lokasi focus untuk mencegah dan menurunkan stunting. Oleh karena itu, pelaksanaan intervensi difokuskan pada area kabupaten/kota dan atau desa tertentu. Tahun 2019, intervensi penurunan stunting terintegrasi dilaksanakan di 160 kabupaten/kota dan pada tahun 2020-2024 direncanakan akan diperluas secara bertahap sampai mencakup seluruh kabupaten/kota.

Data pemantauan status gizi berdasarkan hasil survey e-PPGBM (Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat) tahun 2019 menunjukkan bahwa prevalensi stunting di kabupaten Luwu Timur sebesar 8,2 % tersebar di sebelas kecamatan di Kabupaten Luwu Timur. Prevalensi stunting tertinggi berturut-turut terdapat di Kecamatan Wasuponda sebesar 21,4%, Kecamatan Towuti 11,4% dan Kecamatan Malili sebesar 8,7%. Dari tiga kecamatan tersebut terdapat lima desa dengan prevalensi stunting tertinggi yang dijadikan sebagai desa lokus stunting dan lima desa dengan prevalensi stunting terendah yang dijadikan sebagai desa non lokus stunting. Lima desa lokus stunting yaitu; desa Tole kecamatan Towuti (32,1%), desa Ledu-ledu (26,3%), desa Balambano (24,6%) desa Wasuponda (20,3%) dan desa Tabarano (17,7%) yang terdapat di kecamatan Wasuponda. Sedangkan desa non lokus stunting yaitu; desa Malili (15,4)%, desa Wewangriu (0,0)%, desa Balantang (4,6%), desa

Baruga (0,0%). Empat desa tersebut berada di Kecamatan Malili dan satu desa yang berada di desa Towuti, yaitu desa Matompi (0,0%).

Kendala penyelenggaraan penanganan stunting antara lain, belum optimalnya koordinasi penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif disemua tingkatan (terkait dengan perencanaan dan penganggaran, penyelenggaraan, pemantauan dan evaluasi), adanya berbagai regulasi terkait penanganan stunting yang belum dijadikan landasan bersama dalam menangani stunting, belum efisiennya pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya dan sumber dana, keterbatasan kapasitas dan kualitas penyelenggaraan program serta belum optimalnya advokasi, kampanye, dan diseminasi terkait stunting dan upaya pencegahannya (TNP2K, 2018).

Meskipun prevalensi stunting di Kabupaten Luwu Timur tergolong rendah, tetapi kasus stunting masih ada terutama di tiga kecamatan dengan prevalensi tertinggi (Kecamatan Wasuponda, Towuti dan Malili) sehingga sangat perlu diwaspadai dengan melihat faktor determinan di daerah tersebut agar intervensi yang dilakukan akan tepat sasaran. Selain itu, masalah gizi termasuk stunting seperti fenomena gunung es dimana yang tampak sebenarnya merupakan bagian kecil dari stunting yang tidak tampak dan bahkan jauh lebih banyak dan sampai saat ini belum ada penelitian yang berhubungan dengan kejadian stunting, sehingga peneliti tertarik untuk melihat faktor **“Determinan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-23 Bulan di Daerah Lokus dan Non Lokus di Kabupaten Luwu Timur”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana besaran kejadian stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur?
2. Apakah faktor ibu dan rumah tangga merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur?
3. Apakah riwayat menyusui merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur?
4. Apakah riwayat Makanan Pendamping ASI (MPASI) merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur?
5. Apakah riwayat penyakit infeksi merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur?
6. Apakah faktor determinan stunting yang paling dominan pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor determinan stunting anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur

2. Tujuan Khusus

- a. Menilai besaran kejadian stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur
- b. Menilai apakah faktor ibu dan rumah tangga merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur
- c. Menilai apakah riwayat menyusui merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur
- d. Menilai apakah riwayat Makanan Pendamping ASI (MPASI) merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur
- e. Menilai apakah riwayat penyakit infeksi merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur
- f. Menilai faktor determinan stunting yang paling dominan pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur?

D. Manfaat

1. Manfaat Ilmiah

- a. Menjelaskan faktor determinan anak stunting usia 6-23 bulan di suatu daerah yang mempunyai masalah kesehatan
- b. Memberikan tambahan literatur ilmiah terkait stunting di suatu kabupaten yang mempunyai masalah kesehatan
- c. Mendukung perkembangan ilmu pengetahuan bidang gizi dan kesehatan masyarakat

2. Manfaat Institusi

Sebagai bentuk partisipasi nyata mahasiswa Perguruan Tinggi Universitas Hasanuddin dalam gerakan nasional percepatan perbaikan gizi Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK) di Kabupaten Luwu Timur.

3. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan advokasi bagi pemerintah dan penentu kebijakan program gizi terkait dengan kejadian stunting di Kabupaten Luwu Timur.
- b. Merupakan bukti ilmiah dalam upaya pencegahan stunting di Kabupaten Luwu Timur

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Stunting

1. Pengertian Stunting

Stunting atau pendek atau yang sering disebut kerdil merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak usia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Anak tergolong stunting apabila panjang badan atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya. (Kementerian PPN/Bappenas, 2018b). Stunting dan kekurangan gizi lainnya yang terjadi pada 1.000 HPK tidak hanya menyebabkan hambatan pertumbuhan fisik dan meningkatkan kerentanan terhadap penyakit, tetapi juga mengancam perkembangan kognitif yang akan berpengaruh pada tingkat kecerdasan saat ini dan produktifitas anak di masa dewasanya (Ditjen Kesmas, 2018).

2. Penyebab Stunting

Mengacu pada teori dan konsep WHO yang telah dimodifikasi oleh (Stewart *et al.*, 2013) dalam kerangka konsekuensi, penyebab dan kontekstual stunting yang diklasifikasikan menjadi lima faktor yang berkontribusi terhadap kejadian stunting, yaitu : faktor rumah tangga dan

keluarga, faktor makanan pendamping asi yang tidak memadai, faktor praktek pemberian ASI yang tidak memadai, faktor penyakit infeksi dan faktor sosial dan masyarakat.

Faktor rumah tangga dan keluarga termasuk di dalamnya adalah kekurangan gizi selama pra konsepsi, kehamilan dan menyusui, perawakan ibu yang pendek, infeksi, kehamilan remaja, kesehatan mental, IUGR (Intra Uterine Growth Retard) dan kelahiran prematur, jarak kelahiran yang pendek, hipertensi, aktifitas dan stimulasi yang tidak memadai pada anak, perawatan yang buruk, sanitasi dan persediaan air yang tidak memadai, kerawanan pangan, alokasi makanan dalam rumah tangga yang tidak sesuai, pendidikan pengasuh yang rendah, kekayaan rumah tangga, perawakan ayah pendek, ayah dan ibu merokok dan banyaknya anggota rumah tangga.

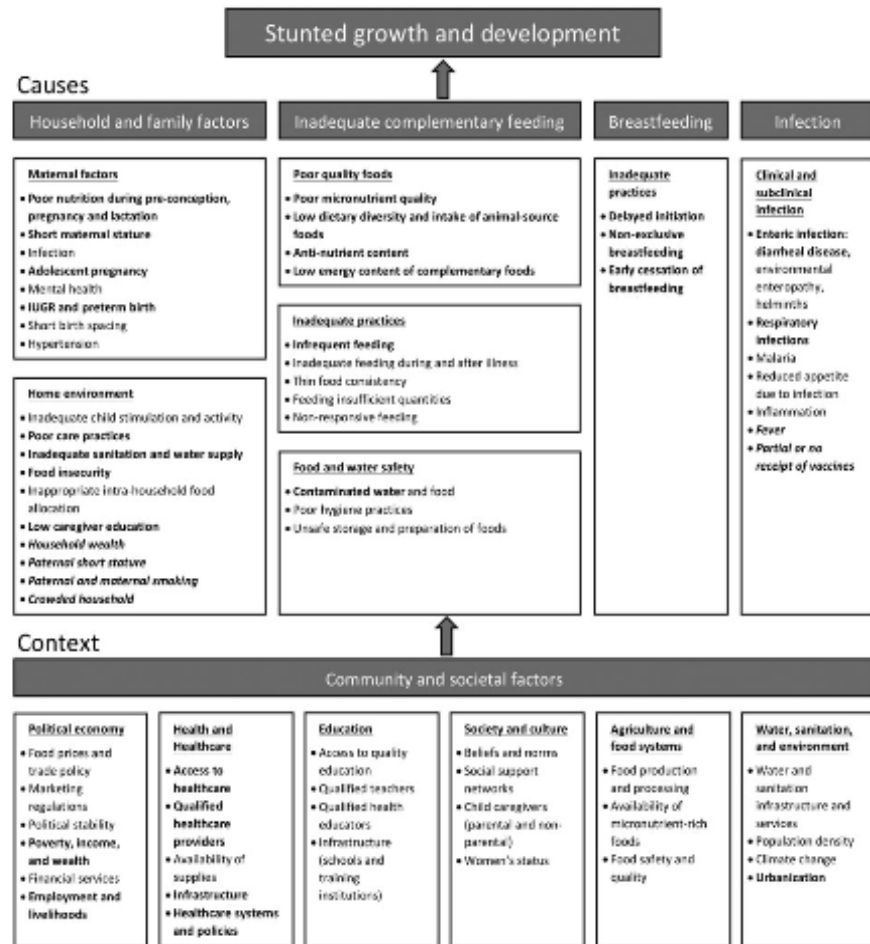
Faktor makanan pendamping ASI yang tidak memadai meliputi, kualitas mikronutrien yang buruk, keragaman makanan dan asupan makanan sumber hewani yang kurang, kandungan anti nutrisi, rendahnya kadar energy dari makanan pendamping, pemberian makanan yang jarang, pemberian makanan yang tidak memadai selama dan setelah penyakit, konsistensi makanan, pemberian makanan yang tidak cukup, pemberian makanan yang tidak responsif, makanan dan air yang terkontaminasi, praktik kebersihan yang buruk, serta persiapan dan penyimpanan makanan yang tidak aman.

Faktor praktek pemberian ASI yang tidak memadai, termasuk menunda IMD (Inisiasi Menyusu Dini), tidak ASI eksklusif dan menghentikan pemberian ASI terlalu dini.

Faktor penyakit infeksi meliputi infeksi thypus, penyakit diare, enteropathy, kecacingan, infeksi saluran pernafasan, malaria, nafsu makan berkurang karena infeksi, peradangan, demam, imunisasi lengkap atau tidak lengkap.

Faktor sosial dan masyarakat meliputi, harga pangan dan kebijakan perdagangan, peraturan pemasaran, stabilitas politik, kemiskinan, pendapatan dan kekayaan, layanan keuangan, lapangan kerja dan mata pencaharian, akses ke layanan kesehatan, penyedia layanan kesehatan yang berkualitas, ketersediaan pasokan, infrastruktur, sistem dan kebijakan layanan kesehatan, akses ke pendidikan berkualitas, guru berkualitas, pendidikan kesehatan yang berkualitas, infrastruktur (sekolah dan lembaga pelatihan), kepercayaan dan norma, jaringan dukungan sosial, pengasuh anak (orang tua dan bukan orang tua), status wanita, proses dan produksi makanan, ketersediaan makanan kaya mikronutrien, keamanan dan kualitas pangan, infrastruktur dan layanan air dan sanitasi, kepadatan penduduk, perubahan iklim dan urbanisasi.

Gambar 2.1



Sumber : (Stewart *et al.*, 2013)

3. Dampak Stunting

Stunting pada usia dini terutama pada periode 1.000 HPK akan berdampak pada kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Stunting menyebabkan organ tubuh tidak tumbuh dan berkembang secara optimal. Dampak jangka pendek dari stunting yaitu, menyebabkan gagal tumbuh, hambatan perkembangan kognitif dan motorik, dan tidak optimalnya ukuran fisik tubuh serta gangguan metabolisme. Sedangkan dampak jangka

panjang, stunting menyebabkan menurunnya kapasitas intelektual. Gangguan struktur dan fungsi saraf dan sel-sel otak yang bersifat permanen dan menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran di usia sekolah yang akan berpengaruh pada produktifitasnya saat dewasa, gangguan pertumbuhan dan meningkatkan risiko penyakit tidak menular (Kementerian PPN/Bappenas, 2018a).

4. Pencegahan Stunting

Berdasarkan (Permenkes, 2016) Upaya Penurunan Prevalensi Balita Pendek (Stunting) Dalam rangka menurunkan prevalensi balita pendek (stunting), dilakukan kegiatan sebagai berikut.

- 1) Ibu Hamil dan Bersalin:
 - a. Intervensi pada 1000 hari pertama kehidupan anak.
 - b. Mengupayakan jaminan mutu ante natal care (ANC) terpadu.
 - c. Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan.
 - d. Menyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan mikronutrien (TKPM).
 - e. Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular).
 - f. Pemberantasan kecacingan.
 - g. Meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat ke dalam Buku KIA.
 - h. Menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI eksklusif.
 - i. Penyuluhan dan pelayanan KB.

2) Balita:

- a. Pemantauan pertumbuhan balita.
- b. Menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita.
- c. Menyelenggarakan simulasi dini perkembangan anak.
- d. Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

3) Anak Usia Sekolah:

- a. Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).
- b. Memperkuat kelembagaan Tim Pembina UKS.
- c. Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS).
- d. Memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba.

4) Remaja:

- a. Meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba.
- b. Pendidikan kesehatan reproduksi.

5) Dewasa Muda:

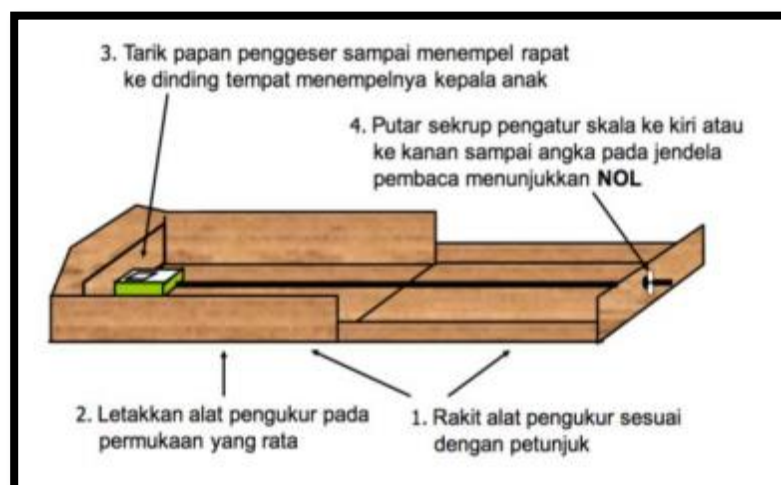
- a. Penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB).
- b. Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular).
- c. Meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba

5. Pengukuran Stunting

Pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) yang merupakan padanan istilah stunted (pendek) dan severely stunted (sangat pendek). Ukuran panjang badan (PB) digunakan untuk anak umur 0 sampai 24 bulan yang diukur telentang. Bila anak umur 0 sampai 24 bulan diukur berdiri, maka hasil pengukurannya dikoreksi dengan menambahkan 0,7 cm (Kementerian Kesehatan, 2010)

Istilah panjang badan digunakan untuk anak yang diukur dengan cara berbaring (belum bisa berdiri). Anak yang berusia 0-2 tahun diukur dengan ukuran panjang badan. Alat ukur yang digunakan adalah infantometer dan harus mempunyai ketelitian 0,1 cm (Par'i, Wiyono dan Harjatmo, 2017).

Gambar 2.2 Infantometer (Alat Pengukur Panjang Badan)



Sumber : (Par'i, Wiyono dan Harjatmo, 2017)

Gambar 2.3
Cara Mengukur Panjang Badan Bayi dan Anak Baduta



Sumber : (Par'i, Wiyono dan Harjatmo, 2017)

Pengukuran panjang badan dilakukan dengan menggunakan infantometer (Gambar 2.2). Subjek dalam posisi terlentang dengan benar, wajah menghadap ke atas, dengan kepala dan tubuh sejajar dengan sumbu papan pengukur panjang. Kedua bahu harus rapat dengan permukaan papan (Gamabr 2.3). Satu pemeriksa berada di bagian kepala subjek menjaga kepala subjek agar tidak bergerak dan tetap menempel dipermukaan atas alat. Pemeriksa kedua berdiri di sisi subjek dengan memegang kedua lutut subjek dalam posisi lurus, tanpa menggunakan alas kaki dengan telapak kaki lurus ke atas. Tarik papan penggeser sampai menempel dipermukaan telapak kaki hingga tumit. Baca hasil pengukuran pada melimeter terdekat.

Untuk menilai status gizi baduta maka angka panjang badan setiap baduta dikonversikan ke dalam bentuk nilai terstandar (Z-score) baku antropometri balita dengan menggunakan tabel standar antropometri penilaian status gizi anak usia 0 – 60 bulan berdasarkan jenis kelamin sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak. Selanjutnya berdasarkan nilai Z-score masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi balita.

Tabel 2.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

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

Sumber : (Permenkes, 2020)

Tabel 2.2 Standar Panjang Badan menurut Umur (PB/U)
Anak Laki-laki Umur 0 – 24 Bulan

Umur (bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0	44.2	46.1	48.0	49.9	51.8	53.7	55.6
1	48.9	50.8	52.8	54.7	56.7	58.6	60.6
2	52.4	54.4	56.4	58.4	60.4	62.4	64.4
3	55.3	57.3	59.4	61.4	63.5	65.5	67.6
4	57.6	59.7	61.8	63.9	66.0	68.0	70.1
5	59.6	61.7	63.8	65.9	68.0	70.1	72.2
6	61.2	63.3	65.5	67.6	69.8	71.9	74.0
7	62.7	64.8	67.0	69.2	71.3	73.5	75.7
8	64.0	66.2	68.4	70.6	72.8	75.0	77.2
9	65.2	67.5	69.7	72.0	74.2	76.5	78.7
10	66.4	68.7	71.0	73.3	75.6	77.9	80.1
11	67.6	69.9	72.2	74.5	76.9	79.2	81.5
12	68.6	71.0	73.4	75.7	78.1	80.5	82.9
13	69.6	72.1	74.5	76.9	79.3	81.8	84.2
14	70.6	73.1	75.6	78.0	80.5	83.0	85.5
15	71.6	74.1	76.6	79.1	81.7	84.2	86.7
16	72.5	75.0	77.6	80.2	82.8	85.4	88.0
17	73.3	76.0	78.6	81.2	83.9	86.5	89.2
18	74.2	76.9	79.6	82.3	85.0	87.7	90.4
19	75.0	77.7	80.5	83.2	86.0	88.8	91.5
20	75.8	78.6	81.4	84.2	87.0	89.8	92.6
21	76.5	79.4	82.3	85.1	88.0	90.9	93.8
22	77.2	80.2	83.1	86.0	89.0	91.9	94.9
23	78.0	81.0	83.9	86.9	89.9	92.9	95.9
24 *	78.7	81.7	84.8	87.8	90.9	93.9	97.0

Keterangan: * Pengukuran panjang badan dilakukan dalam keadaan anak telentang

Sumber : (Permenkes, 2020)

Tabel 2.3 Standar Panjang Badan menurut Umur (PB/U)
Anak Perempuan Umur 0 – 24 Bulan

Umur (bulan)	Panjang Badan (cm)						
	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0	43.6	45.4	47.3	49.1	51.0	52.9	54.7
1	47.8	49.8	51.7	53.7	55.6	57.6	59.5
2	51.0	53.0	55.0	57.1	59.1	61.1	63.2
3	53.5	55.6	57.7	59.8	61.9	64.0	66.1
4	55.6	57.8	59.9	62.1	64.3	66.4	68.6
5	57.4	59.6	61.8	64.0	66.2	68.5	70.7
6	58.9	61.2	63.5	65.7	68.0	70.3	72.5
7	60.3	62.7	65.0	67.3	69.6	71.9	74.2
8	61.7	64.0	66.4	68.7	71.1	73.5	75.8
9	62.9	65.3	67.7	70.1	72.6	75.0	77.4
10	64.1	66.5	69.0	71.5	73.9	76.4	78.9
11	65.2	67.7	70.3	72.8	75.3	77.8	80.3
12	66.3	68.9	71.4	74.0	76.6	79.2	81.7
13	67.3	70.0	72.6	75.2	77.8	80.5	83.1
14	68.3	71.0	73.7	76.4	79.1	81.7	84.4
15	69.3	72.0	74.8	77.5	80.2	83.0	85.7
16	70.2	73.0	75.8	78.6	81.4	84.2	87.0
17	71.1	74.0	76.8	79.7	82.5	85.4	88.2
18	72.0	74.9	77.8	80.7	83.6	86.5	89.4
19	72.8	75.8	78.8	81.7	84.7	87.6	90.6
20	73.7	76.7	79.7	82.7	85.7	88.7	91.7
21	74.5	77.5	80.6	83.7	86.7	89.8	92.9
22	75.2	78.4	81.5	84.6	87.7	90.8	94.0
23	76.0	79.2	82.3	85.5	88.7	91.9	95.0
24 *	76.7	80.0	83.2	86.4	89.6	92.9	96.1

Keterangan: * Pengukuran PB dilakukan dalam keadaan anak telentang

Sumber : (Permenkes, 2020)

6. Angka Kecukupan Gizi Anak Usia 6-23 bulan

Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan untuk masyarakat Indonesia yang selanjutnya disingkat AKG adalah suatu nilai yang menunjukkan kebutuhan rata-rata zat gizi tertentu yang harus dipenuhi setiap hari bagi hampir semua orang dengan karakteristik tertentu yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat aktifitas fisik dan kondisi fisiologis untuk hidup sehat (RI, 2019).

AKG digunakan sebagai acuan bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah dan pemangku kepentingan untuk menghitung kecukupan gizi penduduk di daerah, menyusun pedoman konsumsi pangan, menilai konsumsi pangan pada penduduk dengan karakteristik tertentu, menghitung kebutuhan pangan bergizi pada penyelenggaraan makanan institusi, menghitung kebutuhan pangan bergizi pada situasi darurat, menetapkan Acuan Label Gizi (ALG), mengembangkan indeks mutu konsumsi pangan, mengembangkan produk pangan olahan, menentukan garis kemiskinan, menentukan besaran biaya minimal untuk pangan bergizi dalam program jaminan sosial pangan, menentukan upah minimum dan kebutuhan lainnya (RI, 2019)

Tabel 2.4 Angka Kecukupan Gizi (AKG)

Keterangan	Kelompok Usia		
	0-5 Bulan	6-11 Bulan	1-3 Tahun
Berat Badan (BB)	6	9	13
Tinggi Badan (TB)	60	72	92
Energi (kkal)	550	800	1350
Protein (g)	9	15	20
Lemak (g)	31	35	45
Karbohidrat (g)	59	105	215
Serat (g)	0	11	19
Air (ml)	700	900	1150
Vitamin A (mcg)	375	400	400
Vitamin D (mcg)	10	10	15
Vitamin E (mcg)	4	5	6
Vitamin K (mcg)	5	10	15
Vitamin B1 (mg)	0.2	0.3	0.5
Vitamin B2 (mg)	0.3	0.4	0.5
Vitamin B3 (mg)	2	4	6
Vitamin B5 (mg)	1.7	1.8	2
Vitamin B6 (mg)	0.1	0.3	0.5

Lanjutan Tabel 2.4

Keterangan	Kelompok Usia		
	0-5 Bulan	6-11 Bulan	1-3 Tahun
Folat (mcg)	80	80	160
Vitamin B12 (mcg)	0.4	1.5	1.5
Biotin (mcg)	5	6	8
Kolin (mg)	125	150	200
Vitamin C (mg)	40	50	40
Kalsium (mg)	200	270	650
Fosfor (mg)	100	275	460
Magnesium (mg)	30	55	65
Besi (mg)	0.3	11	7
Seng (mg)	1.1	3	3
Selenium (mcg)	7	10	18
Mangan (mg)	0.003	0.7	1.2
Flour (mg)	0.01	0.5	0.7
Kromium (mcg)	0.2	6	14
Kalium (mg)	400	700	2600
Natrium (mg)	120	370	800
Klor (mg)	180	570	1200
Tembaga (mcg)	200	220	340

Sumber : (RI, 2019)

B. Gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK)

1. Urgensi Gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK)

Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan merupakan gerakan percepatan perbaikan gizi yang diadopsi dari gerakan Scaling Up Nutrition (SUN) Movement. Gerakan scaling up nutrition dikenal dengan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK) dengan landasan berupa Peraturan Presiden (Perpres) nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi.

Periode 1000 hari pertama sering disebut window of opportunities atau sering juga disebut periode emas (golden period) didasarkan pada kenyataan bahwa pada masa janin sampai anak usia dua tahun terjadi proses tumbuh kembang yang sangat cepat dan tidak terjadi pada kelompok usia lain. Jika pada rentang usia tersebut anak mendapatkan asupan gizi yang optimal maka penurunan status gizi anak bisa dicegah sejak awal. Periode kritis selama 1000 HPK yaitu :

a) Periode dalam kandungan (280 hari)

Ibu hamil dengan status gizi kurang akan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, penyebab utama terjadinya bayi pendek (stunting) dan meningkatkan risiko obesitas dan penyakit degeneratif pada masa dewasa (The Lancet, 2013). Kondisi status gizi kurang pada awal kehamilan dan risiko KEK pada masa kehamilan, diikuti oleh penambahan berat badan yang kurang selama kehamilan dapat menyebabkan peningkatan risiko keguguran, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, serta bayi lahir dengan BBLR. Ibu hamil harus berjuang menjaga asupan nutrisinya agar pembentukan, pertumbuhan dan perkembangan janinnya optimal. Idealnya, berat badan bayi saat dilahirkan adalah tidak kurang dari 2500 gram, dan panjang badan bayi tidak kurang dari 48 cm. Inilah alasan mengapa setiap bayi yang baru saja lahir akan diukur berat dan panjang tubuhnya, dan dipantau terus menerus terutama di periode emas pertumbuhannya, yaitu 0 sampai 2 tahun.

b) Periode 0 – 6 bulan (180 hari)

Ada dua hal penting dalam periode ini yaitu melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif. Inisiasi menyusui dini adalah memberikan kesempatan kepada bayi baru lahir untuk menyusui sendiri pada ibunya dalam satu jam pertama kelahirannya. Dengan dilakukannya IMD maka kesempatan bayi untuk mendapat kolostrum semakin besar. Kolostrum merupakan ASI terbaik yang keluar pada hari ke 0-5 setelah bayi lahir yang mengandung antibodi (zat kekebalan) yang melindungi bayi dari zat yang dapat menimbulkan alergi atau infeksi.

ASI eksklusif adalah pemberian ASI setelah lahir sampai bayi berumur 6 bulan tanpa pemberian makanan lain. WHO merekomendasikan pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan pertama dan pemberian ASI diteruskan hingga anak berusia 2 tahun untuk meningkatkan daya tahan tubuh anak dan mengurangi risiko kontaminasi dari makanan/minuman selain ASI. Pemberian ASI Eksklusif menurunkan risiko infeksi saluran cerna, otitis media, alergi, kematian bayi, infeksi usus besar dan usus halus (inflammatory bowel disease), penyakit celiac, leukemia, limfoma, obesitas, dan DM pada masa yang akan datang. Pemberian ASI Eksklusif dan meneruskan pemberian ASI hingga 2 tahun juga dapat mempercepat pengembalian status gizi ibu, menurunkan risiko obesitas, hipertensi, rematoid arthritis, kanker payudara ibu (Rahayu, Km dan Ph, 2018).

c) Periode 6 – 24 bulan (540 hari)

Mulai usia 6 bulan ke atas, anak mulai diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) karena sejak usia ini, ASI saja tidak mencukupi kebutuhan anak. Asupan gizi yang tidak kuat merupakan salah satu penyebab kegagalan tumbuh kembang anak. Ini berarti solusi untuk kekurangan gizi harus memenuhi penyediaan nutrisi tertentu untuk anak. Pada usia ini anak berada pada periode pertumbuhan dan perkembangan cepat, mulai terpapar terhadap infeksi dan secara fisik mulai aktif, sehingga kebutuhan terhadap zat gizi harus terpenuhi dengan memperhitungkan aktivitas bayi/anak dan keadaan infeksi. Agar mencapai gizi seimbang maka perlu ditambah dengan MP-ASI, dan ASI tetap diberikan sampai usia 2 tahun. Pada usia 6 bulan, bayi mulai diperkenalkan kepada makanan lain, mula-mula dalam bentuk lumat, makanan lembik dan selanjutnya beralih ke makanan keluarga saat bayi berusia 1 tahun (Kodyat, 2014).

Meskipun telah berhasil sampai pada akhir fase ASI Eksklusif, lanjutkan menyusui ASI sampai anak berusia 2 tahun. Di usia 6 bulan kehidupannya, anak memasuki fase makan untuk pertama kali. Dalam fase ini, anak akan mengenal makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI). Hal yang perlu diperhatikan adalah praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA). Kalau ibu hamil berhasil IMD dan ASI Eksklusif selama 6 bulan, selamat bayinya. Tapi jika dalam pemberian makanan cair dan lunak dalam fase PMBA tadi itu tidak diberikan makanan yang baik, maka tetap saja gagal.

2. Efek Defisiensi Gizi Pada 1000 Hari Pertama Kehidupan

Efek dari defisiensi gizi pada 1000 HPK antara lain ;

- a) Bayi lahir dengan BBLR, kurus, kecil dan imunitas kurang
- b) Masalah programming organ sehingga terjadi penyakit kronis seperti ginjal, jantung, diabetes type 2, stroke, hipertensi dan kanker
- c) Hambatan pertumbuhan kognitif dan IQ yang rendah yang menurunkan produktifitas waktu dewasa
- d) Masalah gizi khususnya stunting dimana usia 0 – 5 bulan 1/5 dari jumlah anak adalah stunting, usia balita 1/3 stunting dan usia 2-3 tahun lebih 40% stunting. Target penurunan stunting pada tahun 2019 harus di bawah 28%

3. Anjuran Nutrisi Pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK)

Early life Nutrition (ELN) adalah saat yang penting dalam kehidupan seseorang karena asupan nutrisi selama hamil akan mempengaruhi fungsi organ tubuh anak antara lain intelektual, psikologis, memori, mood dan pengambilan keputusan seseorang anak di masa depan (Husnah, 2017).

Adapun anjuran nutrisi gizi pada 1000 HPK adalah :

- a) Makan beragam jenis bahan makanan selama hamil
- b) Kebutuhan zat-zat gizi bertambah seiring penambahan usia kehamilan
- c) Asupan nutrisi seimbang
- d) Ante Natal Care (ANC) minimal 4x selama hamil

- e) Minum tablet Fe untuk pertumbuhan plasenta dan hemoglobin
- f) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
- g) ASI Eksklusif sampai usia 6 bulan
- h) Pantau BB ibu dan bayi secara rutin
- i) Imunisasi dasar
- j) ASI sampai anak usia 2 tahun
- k) Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) setelah usia 6 bulan dan teruskan ASI sampai 2 tahun
- l) Hindari rokok, alkohol dan kafein
- m) Olahraga teratur dan jaga Berat Badan ideal

4. Intervensi Pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK)

Terdapat 2 jenis intervensi dalam gerakan 1000 HPK, yaitu spesifik dan sensitif.

a) Intervensi Spesifik

Intervensi gizi spesifik ini ditujukan pada kelompok 1000 HPK yaitu ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-2 tahun. Kegiatan ini umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan dan memberikan kontribusi sekitar 30%. Bentuk intervensi spesifik.

Untuk ibu hamil :

1. Suplementasi zat besi
2. Tambahan pangan untuk kekurangan energy kronis
3. Pemberian obat cacing

4. Pemberian kelambu dan pengobatan pada ibu yang positif malaria

Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan :

1. Promosi dan konseling menyusui
2. Promosi dan konseling pemberian makan bayi anak (PMBA)
3. Tata laksana gizi buruk
4. Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus
5. Pemantauan dan promosi pertumbuhan

b) Intervensi Sensitif

Intervensi gizi sensitif ini ditujukan pada masyarakat secara umum, melalui berbagai kegiatan di luar sektor kesehatan dan tidak khusus kelompok 1000 HPK saja. Kegiatan ini memberikan kontribusi sekitar 70%. Bentuk intervensi sensitif :

1. Penyediaan air bersih dan sanitasi
2. Ketahanan pangan dan gizi
3. Keluarga Berencana (KB)
4. Jaminan Kesehatan Masyarakat
5. Perlindungan Sosial
6. Fortifikasi Pangan
7. Pendidikan gizi masyarakat
8. Intervensi untuk remaja perempuan, termasuk pemberdayaan perempuan
9. Pengentasan kemiskinan

C. Tinjauan Umum Tentang Kolostrum

1. Pengertian Kolostrum

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali keluar, berwarna kekuning-kuningan. Banyak mengandung protein, antibody, immunoglobulin. Kolostrum mengandung protein, vitamin A yang tinggi dan mengandung karbohidrat dan lemak rendah, sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi pada hari-hari pertama kelahiran (Maryunani, 2012). Kolostrum merupakan ASI yang pertama kali keluar pada hari pertama sampai hari keempat. Volume kolostrum sangat sedikit kira-kira 150-300 ml setiap 24 jam, namun mengandung protein dan zat anti infeksi sebanyak 10-17 kali lebih banyak dibanding ASI mature. Sedangkan kadar karbohidrat, lemak dan total kalori lebih rendah dibandingkan dengan ASI mature. Oleh karena itu, kolostrum ini harus diberikan pada bayi (Roesli, 2004).

2. Kandungan Kolostrum

Tabel 2.5 Kandungan Kolostrum

Kandungan	Kolostrum	Transisi	ASI matur
Energi (kkkal)	57,0	63,0	65,0
Laktosa (gr/100 ml)	6,5	6,7	7,0
Lemak (gr/100ml)	2,9	3,6	3,8
Protein (gr/100 ml)	1,195	0,965	1,324
Mineral (gr/100 ml)	0,3	0,3	0,2
Immuboglobin			
Ig A (mg/100 ml)	335,9	-	119,6
Ig G (mg/100 ml)	5,9	-	2,9
Ig M (mg/100 ml)	17,1	-	2,9
Lisosin (mg/100 ml)	14,2-16,4	-	24,3-27,5
Laktoferin	420-520	-	250-270

Sumber : (Maryunani, 2012)

3. Manfaat Kolostrum

Kolostrum memiliki kandungan beberapa zat antara lain :

- a. Kolostrum mengandung zat anti infeksi 10-17 kali lebih banyak dibandingkan dengan ASI matur
- b. Kolostrum lebih banyak mengandung antibodi daripada ASI matur yang dapat memberikan perlindungan bagi bayi hingga usia enam bulan pertama
- c. Kolostrum lebih banyak mengandung Immunoglobulin A (Ig A), laktoferin, dan sel-sel darah putih. Berfungsi untuk pertahanan tubuh bayi
- d. Kolostrum berfungsi sebagai pencahar untuk membersihkan zat dari usus bayi baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan bayi bagi makanan yang akan datang
- e. Kolostrum lebih sedikit mengandung lemak dan laktosa, tapi lebih banyak mengandung vitamin dan mineral dibanding ASI matur

Tabel 2.6 Kandungan dan Manfaat Kolostrum

No	Kandungan	Manfaat
1	Kaya Antibodi	Melindungi bayi terhadap infeksi dan alergi
2	Banyak sel darah putih	Melindungi bayi terhadap infeksi
3	Pencahar	Membersihkan air ketuban dan membantu mencegah bayi kuning
4	Faktor-faktor pertumbuhan	Membantu usus bayi berkembang lebih matang, mencegah alergi
5	Kaya vitamin A	Mengurangi keparahan infeksi, mencegah penyakit mata pada bayi

Sumber : (Maryunani, 2012)

Zat gizi pada kolostrum dibutuhkan bayi pada awal-awal kehidupannya, termasuk untuk pertumbuhan tingginya. Hal itu karena kolostrum memiliki kandungan protein imunoglobulin A yang dapat memberikan perlindungan bagi bayi hingga usia 6 bulan. Selain itu, terdapat mineral yang dibutuhkan oleh bayi baru lahir, seperti kalsium, kalium dan natrium yang berperan dalam pembentukan tulang (Fikawati, Syafiq dan Karima, 2016).

Zat-zat gizi pada kolostrum juga membantu sistem pencernaan sehingga memudahkan penyerapan dari unsur mineral. Oleh karena itu, bayi yang mendapatkan IMD memiliki keuntungan yang lebih banyak dari bayi yang tidak IMD karena memperoleh unsur-unsur penting dari kolostrum dan mengurangi risiko untuk mengalami stunting (Annisa, Sumiaty dan Tondong, 2019).

D. Tinjauan Umum Tentang Air Susu Ibu (ASI)

1. Pengertian

ASI (Air Susu Ibu) adalah cairan hasil sekresi kelenjar payudara ibu (Kementerian Kesehatan RI, 2012). ASI Eksklusif adalah memberikan ASI saja tanpa makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan (RI, 2005). ASI banyak mengandung nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh. Zat gizi dalam ASI sesuai kebutuhan bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik serta kecerdasan. ASI mengandung zat kekebalan

sehingga mampu melindungi bayi dari alergi. Asi aman dan terjamin kebersihannya. Pemberian asi sangat praktis, tidak akan pernah basi, mempunyai suhu yang tepat dan dapat diberikan kapan saja dan dimana saja. Menyusukan asi dapat membantu memperbaiki refleks menghisap, menelan dan pernapasan bayi (Proverawati dan Rahmawati, 2012).

2. Kandungan ASI

Kandungan ASI antara lain :

- a. Air : Hampir 90% kandungan Asi berisi air, selebihnya zat gizi makro / mikro dll, sehingga bayi tidak butuh untuk minum air putih
- b. Protein : Kasein dan Whey, asam amino sesuai kebutuhan bayi, laktoferin (melindungi bayi dari infeksi saluran cerna)
- c. KH : Laktosa (memenuhi 40 keb energy bayi dan meningkatkan penyerapan kalsium) dan Oligosakarida (mencegah infeksi)
- d. Lemak : Mengandung 200 jenis asam lemak, al : omega 3 (asam linolenat), omega 6 (asam linoleat), DHA (Decosahexanoic Acid), AA (Araxhidonic Acid) untuk perkembangan saraf otak dan kemampuan visual bayi (kecerdasan)
- e. Vitamin : Vitamin larut air (vitamin B1, vitamin B2, vitamin B6, vitamin B12, biotin, asam folat, asam pantotenik, asam nikotinmik, vitamin C), Jenis vitamin larut lemak (vitamin A, D, E dan K)
- f. Mineral : kalsium, zat besi, fosfor, magnesium, potasium, sodium, tembaga, klorin, dan sulfur.

- g. Enzim : Mengandung 20 enzim aktif, al : yaitu amilase (mencerna KH), protease (mencerna protein) , lipase (mencerna lemak), dan lisozim (mencegah infeksi mikroba).
- h. Faktor pertumbuhan : merangsang kematangan saraf, usus, retina
- i. Faktor kekebalan tubuh : leukosit-K, K-immunoglobulin, sIgA, dan K-oligosakarida (antiparasit, antivirus, antimikroba, antibodi, dan anti-alergi).

3. Manfaat Pemberian ASI

- 1. Bagi Bayi
 - a. Sebagai makanan tunggal untuk memenuhi semua kebutuhan pertumbuhan bayi sampai usia enam bulan
 - b. Meningkatkan daya tahan tubuh karena mengandung berbagai zat anti kekebalan dan anti alergi
 - c. Mengandung asam lemak yang diperlukan untuk pertumbuhan otak sehingga bayi ASI eksklusif potensial lebih pandai
 - d. Meningkatkan daya penglihatan dan kepandaian bicara
 - e. Membantu pembentukan rahang yang bagus
 - f. Mengurangi risiko terkena penyakit diabetes, kanker pada anak dan kemungkinan menderita penyakit jantung
 - g. Menunjang perkembangan motoric sehingga bayi ASI eksklusif akan lebih cepat jalan
 - h. Menunjang perkembangan kepribadian, kecerdasan emosional, kematangan spiritual dan hubungan sosial yang baik

2. Bagi Ibu

- a. Alat Kontrasepsi / KB Alami : kadar hormon prolactin yang tinggi mampu menekan keluarnya hormone kesuburan, sehingga akan mencegah ibu mengalami ovulasi
- b. Meningkatkan hubungan ibu dan anak : kontak mata hingga sentuhan dan suara akan menciptakan dan memperkuat ikatan yang istimewa antara ibu dan anak
- c. Mengurangi Risiko kanker payudara : beberapa penelitian tentang hubungan antara aktifitas menyusui dengan turunya risiko kanker.

3. Bagi Keluarga

- a. Tidak perlu menghabiskan banyak uang untuk membeli susu formula, botol susu, serta kayu bakar atau minyak tanah untuk merebus air, susu dan peralatannya.
- b. Jika bayi sehat berarti keluarga mengeluarkan lebih sedikit biaya guna perawatan kesehatan.
- c. Penjarangan kelahiran lantaran efek kontrasepsi LAM “The Lactation Amenorrhea Methods” dari ASI.
- d. Jika bayi sehat berarti menghemat waktu dan juga tenaga keluarga karena ASI selalu siap tersedia dan keluarga tidak perlu repot membawa botol susu, air panas dan lain sebagainya ketika berpergian.

4. Bagi Masyarakat

- a. Menghemat devisa negara karena tidak harus mengimpor susu formula dan peralatan lainnya.
- b. Terciptanya negara yang sehat, jika bayi yang lahir sehat.
- c. Penghematan pada sektor kesehatan karena jumlah bayi yang sakit hanya sedikit.
- d. Memperbaiki kelangsungan hidup anak dengan menurunkan angka kematian.
- e. Melindungi lingkungan sebab tidak ada pohon yang digunakan sebagai kayu bakar untuk merebus air, susu dan peralatannya.

Pemberian ASI eksklusif diketahui menyediakan semua nutrisi penting untuk pertumbuhan dan kekebalan anak dalam enam bulan pertama kehidupan hingga berusia 2 tahun sehingga menawarkan efek perlindungan. Selama pemberian ASI eksklusif, ASI sudah lebih matur dan kadar laktosa lebih tinggi dari kolostrum sehingga meningkatkan penyerapan unsur mineral. Hal itu memberi keuntungan kepada bayi karena menjadikan pertumbuhan tulang dan sistem tubuh semakin matang dan sempurna. Sedangkan ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif dapat menyebabkan peran utama nutrisi dari ASI untuk pertumbuhan menjadi tidak efektif diperoleh oleh anak. Pada akhirnya anak yang tidak ASI secara eksklusif mempengaruhi atau berhubungan dengan keadaan stunting anak (Annisa, Sumiaty dan Tondong, 2019)

E. Tinjauan Umum Tentang Makanan Pendamping ASI (MP ASI)

1. Pengertian

Makanan Pendamping ASI (MP ASI) adalah makanan atau minuman yang mengandung gizi, diberikan pada bayi dan atau anak untuk memenuhi kebutuhan gizinya. MP ASI diberikan bersamaan dengan ASI mulai usia enam bulan hingga 24 bulan. Seiring bertambahnya usia bayi, setelah bayi berusia enam bulan mulai diperkenalkan dengan makanan pendamping untuk memenuhi kebutuhan gizinya (Riksani, 2012).

Makanan Pendamping ASI adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan pada bayi atau anak usia 2-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI (Depkes, 2006).

2. Tujuan dan Manfaat Pemberian Makanan Pendamping ASI

Adapun tujuan dan manfaat dari Pemberian Makanan Pendamping ASI adalah sebagai berikut :

- a. Tujuan makanan pendamping ASI adalah untuk melengkapi zat gizi ASI yang kurang, mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima macam-macam makanan dengan berbagai rasa dan bentuk serta mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan (Depkes, 2006). Sedangkan menurut Husaini (2001), tujuan pemberian makanan pendamping ASI adalah untuk menambah energi dan zat-zat gizi yang diperlukan bayi karena ASI tidak dapat memenuhi kebutuhan

bayi secara terus menerus. Untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal dan menghindari terjadinya kekurangan gizi (Husaini, 2001).

- b. Manfaat pemberian makanan pendamping ASI adalah untuk menambah energi dan zat-zat gizi yang diperlukan bayi karena ASI tidak dapat memenuhi kebutuhan bayi secara terus-menerus, untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, menghindari terjadinya kekurangan gizi, mencegah risiko masalah gizi, defisiensi zat gizi mikro (zat besi, zink, kalsium, vitamin A, vitamin C dan folat), menyediakan makanan ekstra yang dibutuhkan untuk mengisi kesenjangan energi dengan nutrisi, memelihara kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan bila sakit, membantu perkembangan jasmani, rohani, psikomotor, mendidik kebiasaan yang baru tentang makanan dan memperkenalkan bermacam-macam bahan makanan yang sesuai dengan keadaan fisiologis bayi.

3. Praktik pemberian makanan bayi yang benar

WHO (2013) mengeluarkan rekomendasi tentang praktik pemberian makan bayi yang benar yaitu :

- a. Berikan ASI segera mungkin setelah melahirkan (< 1 jam) dan secara eksklusif selama enam bulan
- b. Berikan MP ASI pada usia enam bulan sambil melanjutkan ASI sampai 24 bulan. MP ASI yang baik adalah yang memenuhi

persyaratan tepat waktu, bergizi lengkap, cukup dan seimbang, aman dan diberikan dengan cara yang benar, yakni :

- i. Tepat waktu (*timely*), artinya MP ASI harus diberikan saat ASI eksklusif sudah tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayi
- ii. Adekuat, artinya MP ASI memiliki kandungan energy, protein, dan mikronutrien yang dapat memenuhi kebutuhan makronutrien dan mikronutrien bayi sesuai usianya
- iii. Aman, artinya MP ASI disiapkan dan disimpan dengan cara yang higienis, diberikan menggunakan tangan dan peralatan makan yang bersih
- iv. Diberikan dengan cara yang benar (*properly fed*), artinya MP ASI diberikan dengan memperhatikan sinyal rasa lapar dan kenyang seseorang anak. Frekuensi makan dan metode pemberian makan harus dapat mendorong anak untuk mengkonsumsi makanan secara aktif dalam jumlah yang cukup menggunakan tangan, sendok, atau makan sendiri (d disesuaikan dengan usia dan tahap perkembangan seorang anak (Kunaepah *et al.*, 2018).

2. Prinsip Pemberian MP ASI

Tabel 2.7 Prinsip Pemberian MP ASI

Komponen	Usia		
	6-8 bulan	9-11 bulan	12-24 bulan
Jenis	1 jenis bahan dasar (6 bulan) 2 jenis bahan dasar (7-8 bulan)	3-4 jenis bahan dasar (disajikan secara terpisah atau dicampur)	Makanan keluarga
Tekstur	Semi cair (dihaluskan), secara bertahap dikurangi campuran air sehingga menjadi semi padat	Makanan yang dicincang halus atau lunak (disaring kasar) ditingkatkan sampai semakin kasar sehingga bisa digenggam	Padat
Frekuensi	Makanan utama 2-3 kali sehari, cemilan 1-2 kali sehari	Makanan utama 3-4 kali sehari, cemilan 1-2 kali sehari	Makanan utama 3-4 kali sehari, cemilan 1-2 kali sehari
Porsi setiap makan	Dimulai dengan 2-3 sendok makan dan ditingkatkan bertahap sampai ½ mangkok kecil atau setara dengan 125 ml	½ mangkok kecil atau setara dengan 125 ml	¾ sampai 1 mangkok kecil atau setara dengan 175-250 ml
ASI	Sesuka bayi	Sesuka bayi	Sesuka bayi

Sumber : (WHO, 2003)

3. Jenis dan Frekuensi Pemberian MP ASI

Tabel 2.8 Jenis dan Frekuensi Pemberian MP ASI

Umur	Jenis Pemberian	Frekuensi / hari
6-8 bulan	ASI dan makanan lumat (sari buah/bubur)	Usia 6 bulan : Teruskan ASI, Makanan lumat 2 x sehari Usia 7-8 bulan : Teruskan ASI, Makanan lumat 3 x sehari
9-11 bulan	ASI dan makanan lembik atau cincang	Teruskan ASI, Makanan lembik 3 x sehari, Makanan selingan 2 x sehari
12 – 24 bulan	ASI dan makanan keluarga	Teruskan ASI, Makanan keluarga 3 x sehari, Makanan selingan 2 x sehari

4. Dampak Pemberian Makanan Tambahan ASI terlalu Dini

Beberapa alasan mengenai bayi yang tidak bisa diberikan makanan tambahan selain ASI hingga berusia enam bulan :

- a. Saat bayi usia 0-6 bulan, organ-organ pencernaan belum berkembang dengan sempurna dan system pencernaan belum siap menerima makanan selain ASI. Organ pencernaan akan berlebihan beban kerja jika mendapatkan MP ASI sebelum usia enam bulan. Selain itu, enzim pemecah protein (asam lambung, pepsin, lipase, amylase, dan sebagainya) saat itu belum diproduksi secara sempurna. Perkembangan secara sempurna pada organ dan enzim pencernaan tersebut akan terjadi ketika bayi berusia enam bulan.
- a. Meningkatkan risiko alergi. Pada usia enam bulan, bayi memproduksi antibody yang cukup untuk melawan allergen. Saat bayi berusia kurang dari enam bulan, sel-sel disekitar usus belum siap belum siap menerima kandungan dari makanan sehingga makanan yang masuk akan menimbulkan reaksi imun dan menyebabkan terjadinya alergi pada bayi.
- b. System pencernaan relatif lebih siap menerima makanan selain ASI.
- c. Meningkatkan risiko infeksi yang disebabkan oleh system kekebalan tubuh bayi yang berusia kurang dari enam bulan belum optimal. Dengan pemberian makanan selain ASI akan memberikan peluang bagi bakteri untuk menyerang dan menginfeksi tubuh bayi. Apalagi jika kebersihan makanan tidak terjamin. Sehingga memperbesar kemungkinan timbulnya penyakit dan infeksi.

- d. Pemberian makan sulit dan akan berantakan karena bayi cenderung mendorong makanan keluar daripada menelannya dan mereka tidak dapat duduk sendiri.
- e. Bayi akan terhindar dari bahaya obesitas jika pemberian ditunda hingga usia enam bulan (Riksani, 2012)

Usia enam bulan merupakan waktu yang paling tepat untuk memberikan makanan selain ASI. Hal ini disebabkan oleh :

- a. Pada umur ini reflex penolakan lidah terhadap sendok sudah lebih rendah
- b. Bayi memerlukan energy dan zat gizi makanan lebih banyak, terutama zat besi. Hal ini tidak bisa dipenuhi hanya dengan memberikan ASI saja. Kekurangan zat besi pada anak akan menyebabkan anemia
- c. Bayi sudah mampu duduk dan menopang lehernya sehingga mengurangi risiko tersedak
- d. Pada umur ini, saluran pencernaan sudah kuat (mature) dari pada bayi di bawah enam bulan. Artinya, akan mengurangi risiko alergi dan masalah saluran cerna (Zahrial dan Mangiri, 2015).

damping asi terlalu dini.

F. Tinjauan Umum Tentang Cuci Tangan

1. Pengertian Mencuci Tangan

Kebiasaan mencuci tangan mempunyai peranan penting dalam kaitannya dengan pencegahan penyakit, karena dengan mencuci tangan dengan air dan sabun dapat lebih efektif menghilangkan kotoran dan debu secara mekanis dari permukaan kulit dan secara bermakna mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit seperti virus, bakteri dan parasit. Waktu yang tepat untuk mencuci tangan adalah setiap kali tangan kotor, setelah buang air besar, setelah makan dan menyuapi anak, setelah memegang makanan, setelah menyusui bayi, setelah bersin, batuk, sehabis bermain atau memberi makan dan memegang hewan peliharaan (Proverawati dan Rahmawati, 2012).

2. Manfaat Mencuci Tangan

Adapun manfaat mencuci tangan selama 20 detik yaitu sebagai berikut:

- a. Mencegah risiko tertular flu, demam dan penyakit menular sampai 50%.
- b. Mencegah tertular penyakit serius seperti hepatitis A, meningitis
- c. Menurunkan risiko terkena diare dan penyakit pencernaan lainnya sampai 59%.
- d. Jika mencuci tangan sudah menjadi kebiasaan yang tidak bisa ditinggalkan, sejuta kematian bisa dicegah setiap tahun.
- e. Dapat menghemat uang karena anggota keluarga jarang sakit

3. Cara Mencuci Tangan Yang Benar

- a. Cuci tangan dengan air mengalir dan gunakan sabun. Tidak mesti menggunakan sabun khusus bakteri, lebih disarankan sabun yang berbentuk cairan
- b. Gosok tangan setidaknya selama 15-20 menit
- c. Bersihkan bagian pergelangan tangan, punggung tangan, sela-sela jari dan kuku
- d. Basuh tangan sampai bersih dengan air yang mengalir
- e. Keringkan dengan handuk bersih atau alat pegering lain
- f. Gunakan tisu atau handuk sebagai penghalang ketika akan mematikan kran air.

Anak-anak yang biasanya tidak mencuci tangan dengan menggunakan sabun sebelum makan dan setelah buang air besar 16,21 kali lebih banyak menderita stunting daripada anak-anak yang melakukannya (Abera, Dejene dan Laelago, 2018). Penelitian yang dilakukan di Jeneponto menunjukkan bahwa faktor hygiene yang merupakan faktor determinan stunting adalah perilaku pengasuh tidak mencuci tangan menggunakan sabun sebelum menyiapkan atau memberi makan anaknya (Nasrul *et al.*, 2015).

G. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Diare

1. Pengertian Diare

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering dari biasanya (tiga kali atau lebih) dalam satu hari (WHO/UNICEF, 2004).

2. Penyebab Diare

Secara umum epidemiologi penyakit diare disebabkan oleh :

- a. Infeksi (kuman-kuman penyakit) Kuman-kuman penyebab diare biasanya menyebar melalui makanan/minuman yang tercemar atau kontak langsung dengan tinja penderita (feces oral) Di dalam istilah bahasa Inggris disebutkan 5 F, yaitu : feces/tinja, flies/lalat, food/makanan, finger/tangan/jari tangan dan fomites/peralatan makanan. Beberapa contoh perilaku terjadinya penyebaran kuman yang menyebabkan penyakit diare:
 - Tidak memberikan ASI (Air Susu Ibu) secara eksklusif (ASI eksklusif) sampai 6 bulan kepada bayi atau memberikan MP ASI terlalu dini. Memberi MP ASI terlalu dini mempercepat bayi kontak terhadap kuman
 - Menggunakan botol susu terbukti meningkatkan risiko terkena penyakit diare karena sangat sulit membersihkan botol dan juga

kualitas air di beberapa wilayah Indonesia juga sudah terkontaminasi kuman-kuman penyakit seperti bakteri E. Coli

- Menyimpan makanan pada suhu kamar dan tidak tertutup baik
- Minum air/menggunakan air yang tercemar
- Tidak mencuci tangan setelah BAB, membersihkan BAB anak
- Membuang tinja (termasuk tinja bayi) sembarangan.

b. Penurunan Daya Tahan Tubuh

- Tidak memberikan ASI kepada bayi sampai usia 2 tahun (atau lebih).
Di dalam ASI terdapat antibodi yang dapat melindungi bayi dari kuman penyakit
- Kurang gizi/malnutrisi terutama anak yang kurang gizi buruk akan mudah terkena diare
- Immunodefisiensi/Imunosupresi, terinfeksi oleh virus (seperti campak, AIDS)
- Segera proporsional, balita lebih sering terkena diare (55%).

c. Faktor Lingkungan dan Perilaku

Penyakit diare adalah penyakit yang berbasis lingkungan yang faktor utama dari kontaminasi air atau tinja berakumulasi dengan perilaku manusia yang tidak sehat (Kemenkes, 2011a).

3. Cara Penularan dan Faktor Risiko Diare

Cara penularan diare melalui faecal-oral yaitu melalui makanan atau minuman yang tercemar kuman atau kontak langsung dengan tangan penderita atau tidak langsung melalui lalat (faeces, flies, food, fluid, finger). Faktor risiko terjadinya diare dapat dibedakan menjadi faktor perilaku dan faktor lingkungan (Irena, Mwambazi dan Veronica Mulenga, 2011).

Faktor perilaku antara lain :

- b) Pemberian ASI eksklusif. Anak tidak mendapat ASI/ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping. MPASI yang terlalu dini akan mempercepat dan mempermudah bayi kontak terhadap kuman.
- c) Kebiasaan cuci tangan. Tidak membiasakan kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun sebelum memberikan ASI/makan, setelah buang air besar, dan setelah membersihkan BAB anak.
- d) Penyimpanan/penyediaan makanan yang tidak higienis.

Faktor lingkungan dan faktor penderita antara lain:

- a) Ketersediaan air bersih yang tidak memadai
- b) Kebersihan lingkungan dan pribadi yang buruk.

Penyakit infeksi merupakan penyakit yang dapat menular dari satu individu kepada individu lainnya. Ibu yang menderita penyakit infeksi berisiko menularkan penyakitnya kepada anak atau anggota keluarga yang lain. Penyakit infeksi jika diderita oleh anak balita maka dapat berpengaruh

terhadap penambahan berat badan dan mempengaruhi status gizi anak (Rosha, Kumala Putri dan Surya Putri, 2013).

Anak baduta sebagai golongan yang rawan, dengan kondisi tubuh yang lemah, akan mudah terserang penyakit menular. Hal ini mengakibatkan semakin lemahnya kondisi tubuh dan kehilangan nafsu makan, sehingga lama kelamaan status gizinya akan memburuk. Adanya penyakit infeksi dapat memperburuk terjadinya stunting. Anak yang menderita penyakit infeksi dapat menyebabkan menurunnya nafsu makan. Tingkat keseringan anak menderita penyakit infeksi berdampak pada pertumbuhan linier. Banyak faktor yang mempengaruhi status gizi diantaranya adalah faktor penyebab langsung yang meliputi asupan gizi dan penyakit infeksi. Timbulnya status gizi stunting tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering menderita diare atau demam, akhirnya akan menderita kurang gizi (Suriana *et al.*, 2012).

H. Tinjauan Umum Tentang Rokok

1. Pengertian Rokok

Rokok adalah benda berbentuk silinder kertas yang berukuran sekitar 70 sampai dengan 120 milimeter, dengan diameter sekitar 10 milimeter yang berisi campuran tembakau yang sudah dicacah, cengkeh, dan beberapa bahan perasa lainnya (Effendi *et al.*, 2014). Rokok adalah

hasil olahan tembakau yang dibungkus. Tembakau dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Ristica* dan jenis lainnya yang di dalamnya mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan. Sedangkan, asap rokok merupakan asap yang dihasilkan dari pembakaran rokok. Asap rokok terdiri dari asap utama dan asap sampingan. Asap utama yaitu asap yang dihirup ke dalam paru-paru perokok, sedangkan asap sampingan adalah asap rokok yang berasal dari ujung rokok yang terbakar. Asap utama mengandung 25% zat berbahaya dan asap sampingan mengandung 75% zat berbahaya. Sehingga perokok pasif menghirup 3 kali lipat zat berbahaya dibandingkan perokok aktif.

2. Kandungan pada asap rokok

Asap rokok membawa bahaya dari sejumlah kandungan tembakau dan juga dari hasil pembakarannya. Sekitar 60% asap rokok terdiri dari gas dan uap, diantaranya : karbon monoksida, hidro sianida, nitric acid, nitrogen dioksida fluorocarbon, asetone dan amonia. Penelitian mengungkapkan bahwa sedikitnya ada 9 dari gas yang terkandung dalam asap rokok sangat berbahaya bagi paru-paru.

- a. Tar yang ada dalam rokok adalah hidrokarbon aromatik polisiklik yang tergolong dalam zat karsinogen. Zat karsinogen merupakan zat yang dapat menumbuhkan kanker.
- b. Nikotin yang membuat rasa kecanduan pada perokok. Nikotin dalam dosis rendah di dalam tubuh akan berdampak pada gangguan saluran

pernafasan. Nikotin dalam dosis yang banyak mengakibatkan tersumbatnya peredaran darah.

- c. Karbon monoksida merupakan gas yang beracun dan tidak berwarna yang ada dalam asap rokok. Karbon monoksida dapat mengikat hemoglobin (Hb) sehingga akan berakibat sel darah merah akan kekurangan oksigen, yang akhirnya sel tubuh akan kekurangan oksigen. Kekuranga oksigen pada tubuh dalam waktu yang panjang akan mengakibatkan penyempitan dan pengerasan pembuluh darah, sehingga sangat beresiko terhadap serangan jantung.

3. Bahaya yang ditimbulkan oleh asap rokok

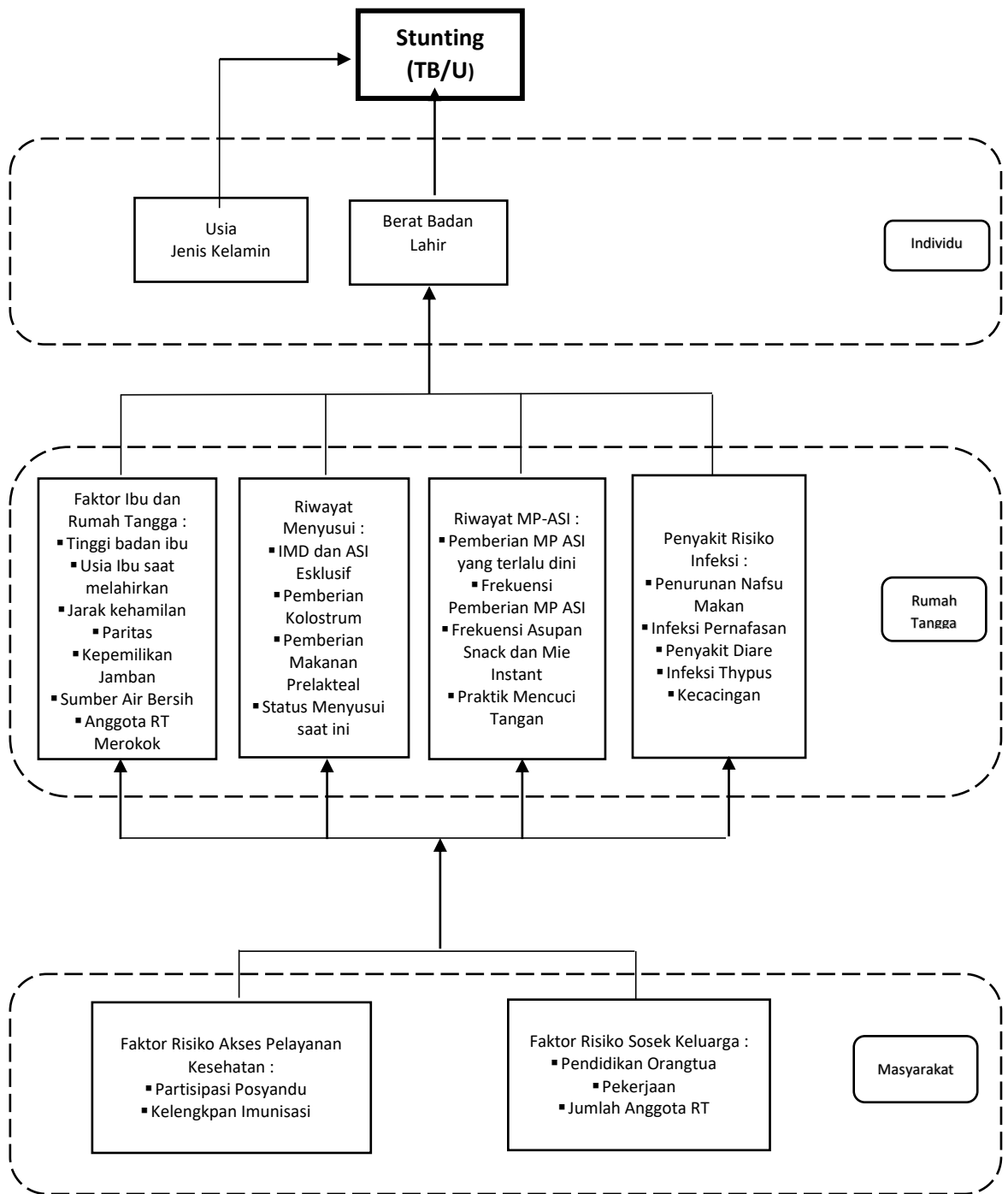
Anak lebih rentan menjadi perokok pasif dibandingkan dengan kelompok umur lainnya, dikarenakan mereka tidak dapat menghindar dari perokok aktif ketika di dalam rumah atau dilingkungannya. Perokok pasif memiliki resiko sama seperti perokok aktif, dikarenakan perokok pasif juga ikut menghirup asap rokok dari perokok aktif. Jika anak terpapar oleh lingkungan perokok, maka mereka akan mendapat 2 kali resiko pengaruh asap, yaitu asap yang dihembuskan dari para perokok maupun asap yang dihasilkan dari ujung putung rokok yang diduga lebih beracun. Asap utama mengandung 25% zat berbahaya sedangkan zat sampingan mengandung 75% zat berbahaya yang ada pada asap rokok, sehingga resiko kesehatan lebih banyak dialami oleh perokok pasif. Adapun resiko kesehatan yang akan dialami oleh perokok aktif dan pasif antara lain :

- a. Penyakit paru. Efek kesehatan yang paling banyak terjadi pada anak-anak yaitu gangguan saluran pernafasan. Hal tersebut dikarenakan asap rokok banyak mempengaruhi daya tahan tubuh manusia terutama pada anak-anak. Asap rokok merubah struktur kekebalan tubuh dari alat napas, sehingga organ yang paling cepat terkena dampaknya adalah paru-paru. Dampak lain yang ditimbulkan adalah kerusakan pada dinding saluran napas, sehingga mudah terjadi asma, bronkitis dan infeksi saluran napas lainnya.
- b. Penyakit jantung coroner. Nikotin membuat pembuluh darah menyempit dan membatasi aliran darah dan juga meningkatkan resiko penggumpalan darah. Bahan lain dari asap rokok dapat merusak lapisan arteri koroner
- c. Kesehatan reproduksi. Nikotin yang beredar melalui darah akan dibawa keseluruh tubuh, termasuk organ reproduksi. Zat ini yang akan mengganggu proses spermatogenesis yang menjadikan kualitas sperma menjadi buruk. Selain itu rokok merupakan faktor resiko terjadinya gangguan fungsi seksual terutama gangguan pada Disfungsi Ereksi (DE). Bagi perempuan gangguan yang ditimbulkan yaitu kemandulan, bayi lahir prematur, BBLR, dan keguguran.
- d. Tulang. Merokok dapat mempengaruhi pertumbuhan tulang dan menyebabkan tulang menjadi cepat lemah dan rapuh. Hal tersebut dikarenakan zat yang terdapat dalam rokok dapat mempengaruhi keseimbangan hormon estrogen yang diperlukan tulang.

- e. Kanker mulut, bibir dan kerongkongan. Selain diakibatkan oleh tar, kanker mulut dan bibir juga diakibatkan oleh panas dari asap ketika merokok. Perokok memiliki resiko 5-10 kali lebih banyak untuk menderita kanker kerongkongan dan kanker usus.
- f. Merusak otak dan indra. Perokok berat memiliki korteks otak yang lebih tipis dibandingkan dengan yang tidak merokok atau berhenti merokok dan berhenti merokok dapat mengembalikan ketebalan korteks otak
- g. Asap rokok merupakan penyebab utama penyakit paru obstruktif kronik dan kanker paru-paru, dan merupakan zat karsinogen pada manusia.

I. Kerangka Teori Penelitian

Faktor penyebab stunting mengacu pada WHO conceptual framework on childhood stunting: context, causes, consequences oleh WHO dan Unicef. Ditingkat masyarakat, stunting dipengaruhi oleh faktor akses pelayanan kesehatan dan sosial ekonomi keluarga. Faktor tersebut kemudian mempengaruhi faktor ibu dan rumah tangga, riwayat menyusui, riwayat pemberian makanan pendamping ASI serta penyakit infeksi yang terdapat di tingkat rumah tangga. Selanjutnya faktor ini berpengaruh terhadap berat badan lahir pada tingkat individu yang menyebabkan terjadinya gangguan pertumbuhan (stunting). Selain berat badan lahir, usia dan jenis kelamin juga merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian stunting.

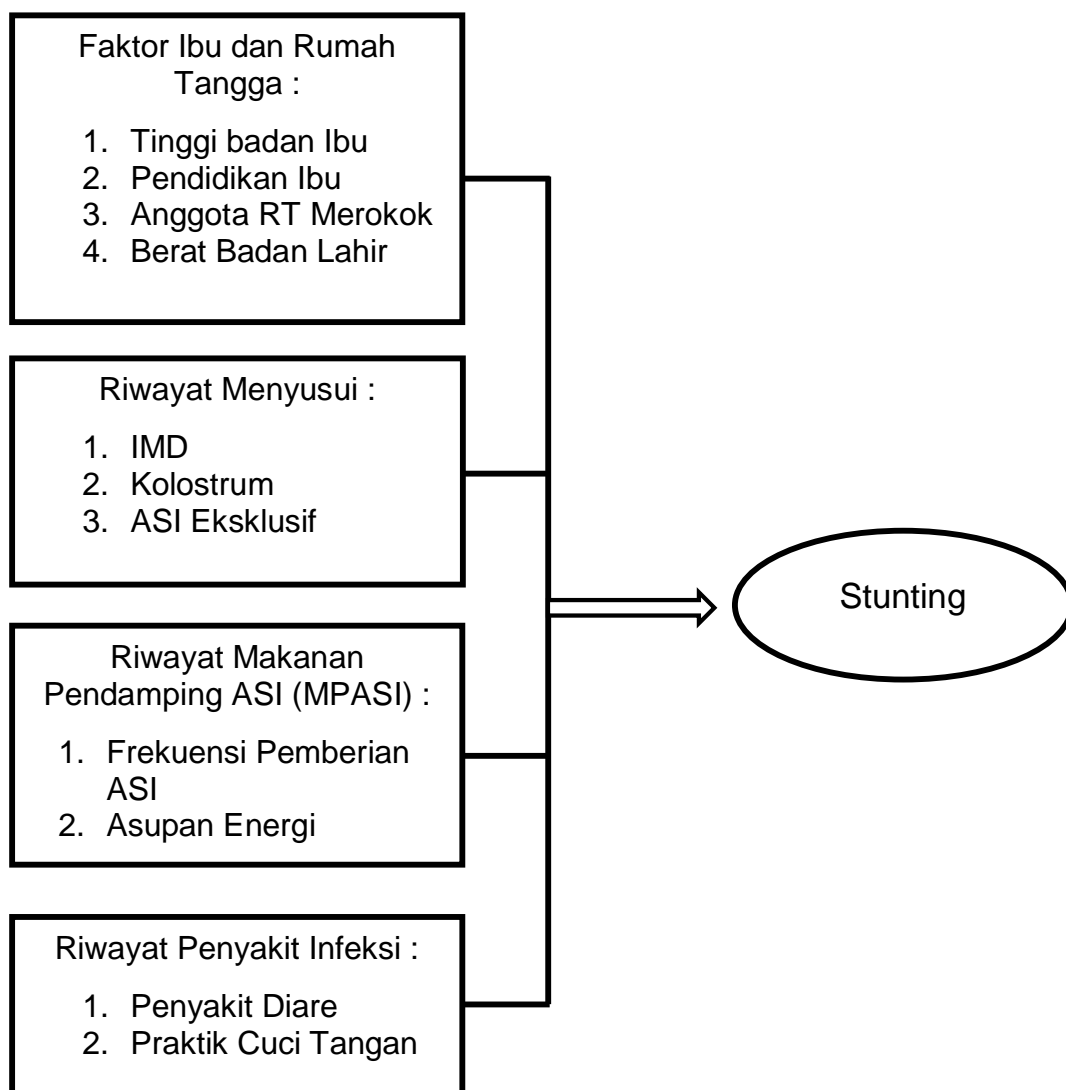


Gambar. 2.4

Kerangka Teori Modifikasi : Unicef 1997 dan Steward CP et all 2013

J. Kerangka Konsep Penelitian

Gambar 2.5 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :



Variabel Independen



Variabel Dependen

K. Hipotesis Penelitian

1. Faktor ibu dan rumah tangga merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur
2. Riwayat menyusui merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur
3. Riwayat Makanan Pendamping ASI (MPASI) merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur
4. Riwayat penyakit infeksi merupakan faktor determinan stunting pada anak usia 6-23 bulan di daerah lokus dan non lokus stunting di Kabupaten Luwu Timur

L. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No	Variabel	Defenisi OPERasional	Kriteria Objektif	Skala
1	Stunting	Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak usia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan	Stunting : <math>< -3 \text{ SD s/d } < -2 \text{ SD}</math> Normal : $-2 \text{ SD s/d } +3 \text{ SD}$	Ordinal
2	Tinggi Badan Ibu	Tinggi badan ibu adalah hasil pengukuran tinggi badan ibu sampel dengan menggunakan mikrotoise dalam satuan cm	Risiko Tinggi : <math>< 150 \text{ cm}</math> Risiko Rendah: $\geq 150 \text{ cm}$	Ordinal
3	Pendidikan Ibu	Pendidikan ibu adalah pendidikan yang pernah ditempuh ibu dibangku sekolah	Risiko Tinggi : Pendidikan Rendah (< SMA) Risiko Rendah: Pendidikan Tinggi (\geq SMA)	Ordinal
4	Berat Badan Lahir	Berat badan lahir adalah berat badan anak yang ditimbang dalam kurun waktu 48 jam setelah lahir dalam satuan gram	Risiko Tinggi : <math>< 2.500 \text{ gram}</math> Risiko Rendah: $\geq 2.500 \text{ gram}$	Ordinal
5	Panjang Badan Lahir	Panjang badan lahir adalah panjang badan anak yang diukur setelah lahir dalam satuan sentimeter	Risiko Tinggi : <math>< 48 \text{ cm}</math> Risiko Rendah: $\geq 48 \text{ cm}$	Ordinal
6	Anggota RT Merokok	Anggota rumah tangga yang merokok yang memapar sampel	Risiko Tinggi : Merokok Risiko Rendah : Tidak Merokok	Ordinal
7	Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	Menyusu Dini (IMD) adalah perilaku pencarian puting payudara ibu sesaat setelah bayi lahir.	Risiko Tinggi : Tidak IMD Risiko Rendah : IMD	Ordinal
8	Pemberian Kolostrum	Prilaku ibu terhadap kolostrum (ASI yang pertama kali keluar), apakah dibuang atau	Risiko Tinggi : Kolostrum dibuang Risiko Rendah:	Ordinal

		diberikan kepada anak pada saat dilahirkan	Kolostrum diberikan	
9	ASI Eksklusif	ASI Eksklusif adalah memberikan ASI saja tanpa makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan	Risiko Tinggi : Tidak ASI Eksklusif Risiko Rendah: ASI Eksklusif	Ordinal
10	Frekuensi Pemberian MP ASI	Frekuensi Pemberian MP ASI adalah pemberian MP ASI sesuai jenis dan jumlah MP ASI yang dibutuhkan berdasarkan usia sampel	Risiko Tinggi : MP ASI diberikan sesuai Risiko Rendah: MP ASI diberikan tidak sesuai	Ordinal
11	Mencuci tangan	Mencuci tangan adalah kebiasaan ibu mencuci tangan menggunakan sabun pada air mengalir ketika akan menyiapkan dan memberikan makan anak	Risiko Tinggi : Tidak/kadang-kadang mencuci tangan Risiko Rendah: Selalu mencuci tangan	Ordinal
12	Penyakit diare	Suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering dari biasanya (tiga kali atau lebih) dalam satu hari	Risiko Tinggi : Diare Risiko Rendah: Tidak diare	Ordinal
13	Lokus	Daerah atau desa dengan prevalensi stunting tertinggi	Desa dengan prevalensi stunting tertinggi	
14	Non Lokus	Daerah atau desa dengan prevalensi stunting terendah	Desa dengan prevalensi stunting terendah	

Tabel 2.9 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif