

C. Pembahasan Hasil Penelitian.....	61
D. Keterbatasan Penelitian.....	74
BAB VI PENUTUP	75
A.Kesimpulan.....	75
B.Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN	
RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Standar Antropometri	16
Tabel 2.2	Kandungan Bahan-Bahan untuk Menentukan Kualitas ASI	34
Tabel 2.3	Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	42
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Umum Baduta	55
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea.....	57
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Kejadian <i>Stunting</i> Menurut Usia.....	58
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Kejadian <i>Stunting</i> Menurut Jenis Kelamin	58
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Pemberian ASI Eksklusif dan Status Gizi	59
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Lama Menyusui dan Status Gizi.....	59
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Menyusui dan Status Gizi.....	60
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Inisiasi Menyusui Dini dan Status Gizi.....	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Teori.....	39
Gambar 2 Kerangka Konsep	40
Gambar 3 Diagram Alir Teknik Pengumpulan Data	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner

Lampiran 2 *Informed Consent*

Lampiran 3. Surat Izin Penelitian

Lampiran 4. Surat Keterangan Selsai Penelitian

Lampiran 5. Hasil Analisis Penelitian

Lampiran 6. Dokumentasi Penelitian

Lampiran 7. Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
Depkes	: Departemen Kesehatan
HPK	: Hari Pertama Kehidupan
IMD	: Inisiasi Memnyusui Dini
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KIA	: Kartu Anak Ibu
MP-ASI	: Makanan Pendamping ASI
RI	: Republik Indonesia
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
SDG's	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Solution</i>
UU	: Undang-undang
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada saat ini masalah gizi yang dapat memperburuk kualitas hidup anak di Indonesia bahkan di dunia dalam hal pencapaian tumbuh kembang salah satunya yaitu *stunting*. *Stunting* adalah kondisi gagal tumbuh pada anak akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi ini terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir akan tetapi, kondisi *stunting* baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun. *Stunting* menurut *World Health Organization (WHO) Child Growth Standart* didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) dengan batas (*z-score*) kurang dari -2 SD (Djauhari, 2017).

Stunting menjadi suatu permasalahan global yang harus diatasi karena dihubungkan dengan peningkatan risiko kesakitan, kerusakan memori bahkan kematian, serta menyebabkan terhambatnya pertumbuhan mental dan perkembangan motorik pada anak. Terdapat dampak jangka panjang yang dapat timbul akibat *stunting* yaitu berkurangnya prestasi belajar dan kapasitas kerja serta menimbulkan kerugian yang tinggi pada masa yang akan datang bagi negara (De Onis & Branca, 2016) dalam (Wanimbo dan Wartiningsih, 2020). Hal ini juga didapatkan dari berbagai penelitian bahwa *stunting* berhubungan dengan dampak jangka panjang yang dapat menghambat pertumbuhan ekonomi dan menurunkan produktivitas pasar kerja sehingga mengakibatkan kehilangan 11% *Gross Domestic Product (GDP)* serta mengurangi pendapatan pekerja dewasa hingga

20%. *Stunting* juga dapat berkontribusi pada melebarnya kesenjangan/*inequality*, mengurangi 10% dari total pendapatan seumur hidup, dan menyebabkan kemiskinan antargenerasi (Rahmawati, Fajar dan Idris, 2020).

Akibat jangka panjang lainnya yang dapat ditimbulkan pada anak yang menderita *stunting* adalah menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua, *stunting* juga dapat meningkatkan risiko obesitas (Sumardilah dan Rahmadi, 2019).

Di Indonesia, malnutrisi yang terjadi pada anak di bawah dua tahun (baduta) merupakan masalah utama kesehatan masyarakat yang harus segera diatasi karena dapat mengganggu pertumbuhan dalam hal ini salah satunya ialah gangguan pertumbuhan pada masa tersebut yakni *stunting*. Gangguan pertumbuhan terjadi pada usia balita, khususnya baduta dapat meningkatkan risiko penyakit kronis pada usia dewasa. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) di Indonesia dan penelitian di Vietnam, menemukan bahwa kejadian *stunting* meningkat pada usia satu hingga dua tahun (Rahayu *et al.*, 2015).

Periode emas merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan, dimana periode ini terjadi pada umur 0-24 bulan. Pada usia ini dibutuhkan pemenuhan gizi yang adekuat, hal ini dikarenakan akibat yang terjadi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi kembali (Atica Ramadhani, 2020). Masa baduta juga disebut sebagai “masa kritis”. Salah satu indikator masa kritis adalah ketika anak lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Pertumbuhan pada dua tahun pertama kehidupan dicirikan dengan penambahan

gradual, baik pada percepatan pertumbuhan linear maupun laju penambahan berat badan. Pertumbuhan bayi cenderung ditandai dengan pertumbuhan cepat (*growth spurt*) yang dimulai pada usia 3 bulan hingga usia 2 tahun, kemudian pertumbuhan pada anak pada usia 2 tahun sampai usia anak 5 tahun menjadi lebih lambat dibandingkan dengan ketika masih bayi (Djauhari, 2017).

Stunting berdampak terhadap kematian pada balita. Penurunan prevalensi *stunting* menjadi prioritas *Sustainable Development Goals* (SDG's) di Indonesia hingga tahun 2030 untuk menurunkan sebanyak 40% dari jumlah balita *stunting*. Secara langsung *stunting* disebabkan oleh asupan makanan dan penyakit infeksi yang ditentukan oleh pola asuh ibu. (Kemenkes RI, 2018)

Berdasarkan data *World Bank* tahun 2020 menunjukkan, prevalensi *stunting* Indonesia berada pada urutan ke 115 dari 151 negara di dunia. Pada tahun 2017 sendiri terdapat 22,2% atau sekitar 150,8 juta balita di dunia mengalami *stunting*. Namun angka ini sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan angka *stunting* pada tahun 2000 yaitu 32,6%. Pada tahun 2017, lebih dari setengah balita *stunting* di dunia berasal dari Asia (55%) sedangkan lebih dari sepertiganya (39%) tinggal di Afrika. Dari 83,6 juta balita *stunting* di Asia, proporsi terbanyak berasal dari Asia Selatan (58,7%) dan proporsi paling sedikit di Asia Tengah (0,9%) (Kemenkes RI, 2018).

Menurut WHO pada tahun 2018 rata-rata prevalensi balita pendek di Regional Asia Tenggara Tahun 2005-2017 yang berada di urutan pertama adalah dari Timur Leste sebesar 50,2%, urutan kedua di India dengan prevalensi sebesar 38,4%, sedangkan Indonesia berada di urutan ketiga dengan prevalensi sebesar

36,4%, urutan keempat Bangladesh sebesar 36,1%, kelima Nepal dengan angka prevalensi *stunting* 35,8%, sedangkan Butan berada di urutan keenam sebesar 33,6%, Myanmar sebesar 2,2%, Korea Utara sebesar 27,9%, Maldives sebesar 20,3%, Sri Lanka 17,3%, dan yang terakhir Thailand dengan angka prevalensi 10,5% (Khatimah H dkk, 2020) .

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas tahun 2018), menunjukkan pada tahun 2013 proporsi baduta pendek dan sangat pendek di Indonesia yaitu sebanyak 32,9% dan mengalami penurunan pada tahun 2016 yakni menjadi 26,1%, tetapi pada tahun 2018 terjadi peningkatan menjadi 29,9 % yang terbagi atas baduta pendek dan sangat pendek, dimana baduta pendek memiliki proporsi 17,1% dan baduta sangat pendek sebanyak 12,8%. Dalam hal ini masalah kesehatan masyarakat dianggap berat, bila prevalensi pendek berada pada kisaran 30–39% dan serius bila prevalensi pendek $\geq 40\%$ (Kemenkes RI, 2021).

Prevalensi gangguan kekurangan gizi balita di Indonesia sudah mulai terjadi penurunan yang signifikan, dimana pada tahun 2013 prevalensi balita *stunting* adalah 37,2% menjadi 29,9% pada tahun 2019. Kondisi tersebut dapat diasumsikan selama 6 tahun terakhir telah terjadi penurunan prevalensi *stunting* sebesar 9,5% atau sekitar 1,6% per tahun. Namun demikian, *stunting* masih menjadi masalah di Indonesia apabila mengacu pada target 20% sebagai batasan bahwa *stunting* sudah tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2021).

Kekurangan gizi pada balita berdasarkan indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) meliputi kategori sangat pendek dan pendek. Menurut Riset

Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyatakan bahwa persentase sangat pendek pada balita usia 0-23 bulan (baduta) di Indonesia adalah 12,8%, sedangkan persentase pendek adalah 17,1%. Pada balita usia 0-59 bulan, persentase sangat pendek adalah 11,5%, sedangkan persentase pendek adalah 19,3%. Baduta dengan pengukuran indeks Tinggi Badan menurut Umur yang dimasukkan sebanyak 8,3% dari sasaran baduta yang ada. Dari sasaran baduta yang dimasukkan tersebut didapatkan sebanyak 139.936 (3,1%) baduta sangat pendek dan sebanyak 329.163 (7,3%) baduta pendek. Provinsi dengan persentase tertinggi sangat pendek dan pendek pada baduta adalah Nusa Tenggara Barat, sedangkan provinsi dengan persentase terendah adalah Provinsi Kepulauan Bangk Belitung (Kemenkes RI, 2018).

Sementara itu di wilayah Provinsi Sulawesi Selatan proporsi baduta pendek dan sangat pendek menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes, 2021), baduta sangat pendek sebesar 2,7% dan untuk baduta pendek sebesar 7,5%. Untuk Balita dengan pengukuran indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) yang dimasukkan sebanyak 49,2% dari sasaran balita yang ada. Dari sasaran balita yang dimasukkan tersebut didapatkan sebanyak 349.157 (3,0%) balita sangat pendek dan sebanyak 980.565 (8,5%) balita pendek. Provinsi dengan persentase tertinggi sangat pendek dan pendek pada balita adalah Nusa Tenggara Timur, sedangkan provinsi dengan persentase terendah adalah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, untuk Provinsi Sulawesi Selatan sendiri yakni sangat pendek 2,6% dan balita pendek 8,3% (Kemenkes RI, 2021).

Adapun berdasarkan hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021, prevalensi balita *stunted* (tinggi badan menurut umur) berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Selatan adalah 27,4% dan di wilayah Makassar sendiri prevalensi balita *stunting* mencapai 18,8% (Kemenkes RI, 2021).

Kecamatan Tamalanrea merupakan sebagian kecil wilayah pemerintahan Kota Makassar yang terdiri dari beberapa wilayah dan Kelurahan, sedangkan wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea sendiri terletak di Perumahan Bumi Tamalanrea Permai (BTP), Kecamatan Tamalanrea, Kota Makassar, Sulawesi Selatan, yang meliputi satu Kelurahan yang berada ±12 Km dari Kota Makassar, dengan luas wilayah kerjanya 425,6 Ha yang terdiri dari 23 RW dan 121 RT.

Pemilihan Puskesmas Tamalanrea sebagai lokasi penelitian didasarkan dari data yang telah diperoleh dari Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota Makassar, yakni prevalensi *stunting* tertinggi yang ada di wilayah Kota Makassar dimana, dari data yang telah didapatkan tersebut terdapat 5 Puskesmas dengan prevalensi *stunting* tertinggi dan Puskesmas Tamalanrea menduduki peringkat pertama dengan jumlah *stunting* yakni 22,93% pada tahun 2021. Adapun untuk Puskesmas lainnya yang memiliki prevalensi tertinggi setelah Puskesmas Tamalanrea yakni Puskesmas Mallimongan Baru 22,90%, Parang Lompo 13,52%, Sudiang 13,36%, dan Maccini Sawah 13,31%.

Besarnya prevalensi *stunting* ini telah masuk dalam kategori masalah kesehatan masyarakat yang sangat buruk dimana terdapat beberapa faktor atau hubungan yang menyebabkan meningkatnya angka kejadian *stunting*, diantaranya kemiskinan, kurangnya asupan gizi, kesehatan lingkungan dan sanitasi. Faktor

sosial dan budaya (pendidikan, pekerjaan dan pendapatan), paparan berulang penyakit infeksi, kerawanan pangan dan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan merupakan lima penyebab *stunting* yang paling utama. Adapun faktor secara tidak langsung *stunting* dipengaruhi oleh polah asuh anak yang kurang memadai, rendahnya ketahanan pangan, sanitasi lingkungan, jangkauan kualitas pelayanan kesehatan. Sedangkan secara langsung dapat dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan kurangnya asupan gizi secara kualitas maupun kuantitas. Selain faktor-faktor tersebut, masyarakat belum menyadari bahwa anak pendek merupakan suatu masalah, berbeda dengan anak kurus yang harus segera ditanggulangi (Atica Ramadhani, 2020).

Strategi Pemerintah dalam upaya penanggulangan *stunting* dituangkan dalam bentuk 5 Pilar Strategi Nasional (STRANAS) Percepatan Pencegahan *Stunting* 2018-2024. Salah satu pilar penting dari STRANAS percepatan pencegahan *stunting* adalah pemantauan dan evaluasi. Oleh karena itu diperlukan sistem pendataan yang dapat memantau secara akurat dan data prevalensi *stunting* di tingkat nasional dan kabupaten/kota. (Kementerian RI dan Kebudayaan, 2019)

Asupan yang diperoleh sejak bayi lahir juga tentunya sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan dimana ini termasuk salah satu risiko terjadinya *stunting*. Tidak terlaksananya Inisiasi Menyusui Dini (IMD), gagalnya pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, dan proses penyapihan dini dapat menjadi salah satu faktor terjadinya *stunting*. Sedangkan dari sisi pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) hal yang perlu diperhatikan adalah kuantitas, kualitas, dan keamanan pangan yang diberikan (Kemnkes, 2018).

Pada faktor determinan terjadinya *stunting* salah satunya yaitu pola asuh dimana menurut Engle, Menom dan Haddad (1997) dalam (Atica Ramadhani, 2020) bahwa pola pengasuhan akan mempengaruhi status gizi anak secara tidak langsung. Adapun yang termasuk pengasuhan dilakukan ibu antara lain pemberian ASI (Air Susu Ibu) dan MP-ASI. ASI sendiri merupakan makanan alamiah terbaik yang dapat diberikan oleh seorang ibu kepada anak yang baru dilahirkan. Di samping itu, komposisi ASI sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi yang berubah sesuai dengan kebutuhan bayi pada setiap saat.

Pemberian ASI dapat berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan bayi karena dipengaruhi oleh jumlah zat gizi yang dikonsumsi. Kebutuhan zat gizi ini sebagian besar dapat terpenuhi dengan pemberian ASI yang cukup. ASI tidak hanya sebagai sumber energi utama tapi juga sebagai sumber protein, vitamin dan mineral utama bagi bayi. Terjadinya kerawanan gizi pada bayi disebabkan makanan yang kurang serta penggantian ASI dengan susu botol dengan cara dan jumlah yang tidak memenuhi kebutuhan (Hamid *et al.*, 2020)

Terdapat beberapa penelitian yang telah membuktikan bahwa ASI penting untuk tumbuh kembang optimal bayi agar tidak terjadi masalah gizi (*stunting*) yang merupakan salah satu dari permasalahan *triple burden malnutrition* secara global saat ini. Salah satu penelitian dari Sofyana dalam (Hamid *et al.*, 2020) yang menyatakan bahwa rata-rata perubahan panjang badan neonatus selama 1 bulan (28 hari) pada neonatus yang diberikan ASI eksklusif sebesar 1,078 cm, sedangkan neonatus yang tidak diberikan ASI eksklusif sebesar 1,008 cm. Lebih lanjut hasil penelitian menunjukkan bahwa pada balita usia 6-24 bulan yang tidak

diberikan ASI eksklusif lebih banyak mengalami *stunting* sebesar 30,7%, dibandingkan dengan balita yang mendapatkan ASI eksklusif yang hanya 11,1% mengalami *stunting*. Sebaliknya bayi yang mendapat ASI eksklusif lebih banyak yang mempunyai status gizi (TB/U) normal (88,9%) dibandingkan balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif (69,3%). Hasil ini menunjukkan ada kecenderungan balita yang tidak diberi ASI eksklusif lebih tinggi risikonya untuk mengalami *stunting*.

Menurut WHO (2013) dalam penelitian Lamid (2015), penyebab masalah *stunting* salah satunya akibat dari penundaan IMD, pemberian ASI tidak eksklusif dan penyapihan ASI terlalu dini. *Days state of the world's mothers* (2012) menyatakan bahwa kejadian *stunting* dipengaruhi oleh kondisi pada masa 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yaitu mulai dari janin berada dalam kandungan atau ketika wanita dalam kondisi hamil sampai anak tersebut berusia 2 tahun dan masa ini disebut dengan masa *windows critical* karena pada masa ini terjadi perkembangan otak atau kecerdasan dan pertumbuhan badan yang cepat sehingga pada masa ini bila tidak diberikan asupan gizi yang cukup pada ibu hamil, tidak diberikan ASI eksklusif dan pemberian MP-ASI yang kurang bergizi pada anak maka berpotensi terjadinya *stunting*. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Yesenia dkk., (2017) yang mengatakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara riwayat pemberian ASI dengan kejadian *stunting* pada balita usia 6-24 bulan, balita yang tidak diberikan ASI eksklusif mempunyai risiko 3,7 kali lebih besar terkena *stunting* dibanding balita dengan ASI eksklusif (Khatimah K. dkk, 2020).

Di Indonesia, kebijakan dan strategi yang mengatur pola asuh ini ada pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 128, Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2012 tentang ASI, dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/52/ 2015. Amanat pada UU Nomor 36 tahun 2009 menyatakan bahwa, “setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis” dan selama pemberian ASI pihak keluarga, pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus (Kemenkes RI, 2018).

Amanat UU tersebut juga diatur dalam PP Nomor 33 Tahun 2013 tentang ASI yang menyebutkan bahwa setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI eksklusif. Pengaturan pemberian ASI eksklusif ini bertujuan untuk menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan berusia 6 (enam) bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya; memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya; dan meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah daerah, dan pemerintah terhadap pemberian ASI eksklusif (Kemenkes RI, 2018a).

Secara nasional, cakupan bayi mendapat ASI eksklusif pada tahun 2017 sebesar 61,33%. Persentase tertinggi cakupan pemberian ASI eksklusif terdapat di Nusa Tenggara Barat (87,35%), sedangkan persentase terendah terdapat di Papua (15,32%). Sulawesi Selatan sendiri sudah termasuk ke dalam lima besar tertinggi

dalam pemberian ASI eksklusif dengan cakupan pemberian 75,45%. Namun, masih terdapat 19 provinsi diantaranya yang berada di bawah angka nasional. Oleh karena itu, sosialisasi tentang manfaat dan pentingnya ASI eksklusif masih perlu ditingkatkan (Kemenkes RI, 2018a).

Secara nasional, cakupan bayi mendapat ASI eksklusif tahun 2020 yaitu sebesar 66,06%. Angka tersebut sudah melampaui target Renstra tahun 2020 yaitu 40%. Persentase tertinggi cakupan pemberian ASI eksklusif terdapat di Provinsi Nusa Tenggara Barat (87,33%), sedangkan persentase terendah terdapat di Provinsi Papua Barat (33,96%). Terdapat dua provinsi yang belum mencapai target Renstra tahun 2020, yaitu Maluku dan Papua Barat. Adapun untuk Provinsi Sulawesi Selatan yakni 67,8 (Kemenkes, 2021).

Bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif merupakan indikator yang tercantum pada Renstra (Rencana Strategis) Kementerian Kesehatan periode 2020-2024, bahkan pada Renstra periode sebelumnya (2015-2019) indikator ini sudah menjadi Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Direktorat Gizi Masyarakat, karena sangat terkait dengan program prioritas pemerintah, yaitu percepatan penurunan *stunting*. Pada tahun 2020, dari jumlah bayi usia kurang dari 6 bulan yang di-*recall* dari 3.196.303 sasaran bayi kurang dari 6 bulan terdapat 2.113.564 bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif atau sekitar 66,1%. Capaian indikator persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif sudah memenuhi target tahun 2020, yaitu sebesar 40%. Berdasarkan distribusi provinsi, sebanyak 32 provinsi telah mencapai target yang diharapkan dan masih terdapat 2 provinsi yang tidak mencapai target, yaitu

Papua Barat (34%) dan Maluku (37,2%), sementara provinsi dengan capaian tertinggi adalah Nusa Tenggara Barat (87,3%) (Kemenkes, 2021).

Pada laporan akuntabilitas kinerja tahun 2020 Kementerian Kesehatan RI diperoleh hasil cakupan bayi <6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif di Indonesia sebesar 66,1% dan wilayah Sulawesi Selatan sendiri yakni sebanyak 67,8% bayi <6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif. Hasil tersebut sudah mencapai target yang diharapkan WHO yakni 40%, meski demikian pemberian ASI Eksklusif diharapkan tidak mengalami penurunan dan terus meningkat setiap tahunnya di setiap wilayah yang berada di Indonesia (Kemenkes, 2021).

Berdasarkan data sekunder yang telah diperoleh dari Puskesmas Tamalanrea menunjukkan pada tahun 2016 di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar memiliki cakupan pemberian ASI eksklusif pada baduta sebesar 42%, tahun 2017 yakni 44% dan pada tahun 2019 mengalami peningkatan yakni 50% dan data terbaru yang diperoleh yakni pada bulan desember tahun 2021 menunjukkan bahwa cakupan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea meningkat menjadi 97,4%, dimana angka ini telah melampaui target yang diharapkan yakni 40% (Data Sekunder Puskesmas Tamalanrea, 2021).

Melihat angka prevalensi *stunting* yang sangat tinggi yakni secara regional dan nasional, *stunting* menjadi salah satu program prioritas utama pemerintah di bidang pembangunan kesehatan periode 2019-2024. Di samping itu prevalensi *stunting* balita yang didapatkan di Puskesmas Tamalanrea juga masih tinggi

dimana Puskesmas Tamalanrea menduduki angka prevelensi *stunting* tertinggi di Kota Makassar.

Dalam hal lain mendapatkan ASI eksklusif menjadi salah satu upaya agar anak tidak *stunting*, melihat total cakupan ASI eksklusif di Puskesmas Tamalanrea yakni terdapat 78 bayi usia 0-5 bulan dengan total mendapatkan ASI eksklusif 76 bayi dan hanya terdapat 14 bayi yang melulusi ASI eksklusif dari total bayi usia 0-5 bulan yang ada di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea, maka penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran riwayat pemberian ASI eksklusif pada baduta *stunting* usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka yang menjadi rumusan masalah adalah:

1. Bagaimanakah gambaran riwayat pemberian ASI eksklusif pada Baduta *stunting* usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea?
2. Bagaimana gambaran *stunting* pada Baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Secara umum tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran riwayat pemberian ASI eksklusif pada baduta *stunting* usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran riwayat pemberian ASI eksklusif pada Baduta *stunting* usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea.
- b. Untuk mengetahui gambaran *stunting* pada Baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea.

D. Manfaat Penelitian

- a. Manfaat bagi peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah untuk memperluas wawasan dan menambah pengetahuan, sekaligus sebagai wadah latihan penerapan hasil pembelajaran yang diperoleh selama kuliah.

- b. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dokumentasi di perpustakaan dan referensi bagi mahasiswa kesehatan tentang pengaruh ASI eksklusif terhadap kejadian *stunting* pada baduta.

- c. Bagi Masyarakat

Untuk menambah pengetahuan pada masyarakat bagaimana pentingnya pemberian ASI eksklusif terhadap baduta hingga dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

- d. Bagi Peneliti Lain

Dapat dijadikan gambaran hubungan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian *stunting* pada baduta di tempat penelitian lainnya dan dapat dijadikan bahan penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum *Stunting*

1. Pengertian *Stunting*

Stunting adalah masalah kekurangan gizi kronis karena pemberian makanan yang kurang sesuai dengan gizi seimbang yang mengakibatkan asupan gizi kurang sehingga anak lebih pendek untuk usianya. Kekurangan gizi dapat terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia 2 tahun, di mana keadaan gizi ibu dan anak merupakan faktor penting dari pertumbuhan anak. Periode 0-24 bulan usia anak merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan sehingga disebut dengan periode emas. Periode ini merupakan periode yang sensitif karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi (Atica Ramadhani, 2020).

Stunting merupakan kondisi kronis yang menggambarkan terhambatnya pertumbuhan karena malnutrisi jangka panjang. *Stunting* dapat diketahui bila seorang balita sudah ditimbang berat badannya dan diukur panjang atau tinggi badannya, lalu dibandingkan dengan standar, dan hasilnya berada di bawah normal. Jadi secara fisik anak akan lebih pendek dibandingkan anak seumurnya. Penghitungan ini menggunakan standar *Z-score* dari WHO. Normal, pendek dan sangat pendek adalah status gizi yang didasarkan pada indeks Panjang Badan menurut Umur

(PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) (Djauhari, 2017).

Berikut tabel kategori ambang batas status gizi anak:

Tabel. 1.1 Standar Antropometri Anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang (<i>Severely Underweight</i>)	<-3 SD
	Berat badan kurang (<i>Underweight</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko berat badan lebih	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0-60 bulan	Sangat pendek (<i>severely stunted</i>)	<-3 SD
	Pendek (<i>stunted</i>)	3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	-3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>wasted</i>)	-3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	> + 2 SD sd +3 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 5 - 18 tahun	Gizi buruk (<i>severely thinnes</i>)	<-3 SD
	Gizi kurang (<i>thinnes</i>)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih (<i>overweight</i>)	+ 1 SD sd +2 SD
	Obesitas (<i>obese</i>)	> + 2 SD

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak

Berdasarkan hasil pengukuran *stunting* berada pada ambang batas

(Z-Score) <-2 SD sampai dengan -3 SD (pendek/ *stunted*) dan <-3 SD

(sangat pendek / *severely stunted*). *Stunting* yang telah terjadi bila tidak diimbangi dengan *catch-up growth* (tumbuh kejar) mengakibatkan menurunnya pertumbuhan. Masalah *stunting* merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan meningkatnya risiko kesakitan, kematian dan hambatan pada pertumbuhan baik motorik maupun mental. *Stunting* dibentuk oleh *growth faltering* dan *catch up growth* yang tidak memadai yang mencerminkan ketidakmampuan untuk mencapai pertumbuhan optimal, hal tersebut mengungkapkan bahwa kelompok balita yang lahir dengan berat badan normal dapat mengalami *stunting* bila pemenuhan kebutuhan selanjutnya tidak terpenuhi dengan baik (Rahmadhita, 2020).

Stunting juga dapat merugikan kesehatan jangka panjang dan pada saat dewasa dapat mempengaruhi produktivitas kerja, komplikasi persalinan, juga meningkatnya risiko kegemukan dan obesitas yang dapat memicu penyakit sindrom metabolik seperti penyakit jantung koroner, stroke, hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 (Sutarto, 2019) .

Stunting disebabkan oleh multidimensi, yaitu praktik pengasuhan yang tidak baik, kurang pengetahuan tentang kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI eksklusif, 2 dari 3 anak usia 0- 24 bulan tidak menerima MP-ASI. Penyebab lain berupa terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC, Post Natal dan pembelajaran dini yang berkualitas, 1 dari 3 anak usia 3-6 tahun tidak terdaftar di PAUD, 2 dari 3

ibu hamil belum mengkonsumsi suplemen zat besi yang memadai, menurunnya tingkat kehadiran anak di Posyandu (dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013) dan tidak mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Selain itu, kurangnya akses ke makanan bergizi, 1 dari 3 ibu hamil anemia, makanan bergizi mahal, kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi, 1 dari 5 rumah tangga masih BAB di ruang terbuka, dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum bersih (Sutarto, 2019).

2. Faktor-Faktor Penyebab *Stunting*

Dari tinjauan pustaka yang telah dibahas ketahuilah *stunting* disebabkan oleh faktor multidimensi diantaranya yakni menurut, TNP2K (Tim PENCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN) tahun 2017:

a. Praktik pengasuhan yang tidak baik

Menurut (Atica Ramadhani, 2020) pola asuh merupakan praktik yang dilakukan pengasuh seperti ibu, bapak, nenek, atau orang lain dalam pemeliharaan kesehatan, pemberian makanan, dukungan emosional anak dan pemberian stimulasi yang anak butuhkan dalam masa tumbuh kembang. Menurut Engle (1997) dalam artikel (Erni Maywita, 2018) pola asuh adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan dalam memenuhi kebutuhan fisik, mental dan sosial dari anak yang sedang tumbuh dan anggota keluarga lainnya.

Terdapat beberapa faktor atau hubungan yang menyebabkan meningkatnya angka kejadian *stunting*, salah satunya yaitu pola asuh.

Menurut Engle, Menom dan Haddad (1997) dalam Atica Ramadhani (2020), yang termasuk pengasuhan dilakukan ibu antara lain pemberian ASI (Air Susu Ibu) dan MP-ASI (Atica Ramadhani, 2020).

Praktik pengasuhan yang kurang baik, disebabkan kurangnya pengetahuan ibu dalam pola pengasuhan yakni mengenai kesehatan dan gizi sebelum hamil, pada saat masa kehamilan serta setelah ibu melahirkan. Hal ini sangat berpengaruh karena untuk mendapatkan tumbuh kembang yang optimal pada anak, segalanya harus dipersiapkan sejak 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) mereka atau semenjak masa pertumbuhan. Oleh karena itu pentingnya seorang ibu memperbanyak ilmu, terutama saat sebelum hamil, karena pengasuhan ditentukan oleh sumber daya dalam keluarga antara lain pengetahuan, pendidikan, kesehatan ibu serta dukungan sosial (Atica Ramadhani, 2020).

- c. Selain itu juga kurangnya pengetahuan ibu tentang pentingnya ASI, juga maraknya promosi susu formula yang di waktu yang lalu, menurut UNICEF, "*out of control*", merupakan hambatan yang menyebabkan tidak efektifnya promosi ASI eksklusif (Erni Maywita, 2015). Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan/mulai diperkenalkan ketika

balita berusia diatas 6 bulan. Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MP-

- d. ASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI, serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan maupun minuman (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).
- b. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan *Antenatal Care* (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan), *Postnatal Care* dan pembelajaran dini yang berkualitas.

Cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil K4 di Indonesia tahun 2020 yakni 84,6%, dimana cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang memperoleh layanan *antenatal* sesuai standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan tiap trisemester, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke pelayanan kesehatan. Di Sulawesi Selatan cakupan pelayanan kesehatan Ibu hamil K4 sebanyak 83,2%, dalam hal ini capaian telah tercapai karena berada di atas 50%. Meski telah mencapai target, namun diharapkan provinsi lainnya yang belum mencapai target dapat lebih mengoptimalkan kualitas pelayanan kesehatan diantaranya pemenuhan semua komponen pelayanan kesehatan saat ibu hamil melakukan kunjungan. Adapun cakupan

kunjungan lengkap di Indonesia pada tahun 2020 sebesar 88,3%, dimana Provinsi Sulawesi Selatan memiliki cakupan sebesar 8,4% (Kemenkes RI, 2021).

Kasus penyebab kematian neonatal terbanyak tahun 2020 adalah kondisi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Penyebab kematian lainnya di antaranya asfiksia, infeksi, kelainan kongenital, tetanus neonatorum, dan lainnya. Sedangkan proporsi penyebab kematian *post neonatal* di Indonesia tahun 2020 yakni penyakit infeksi. Menjadi penyumbang kematian pada kelompok anak usia 29 hari-11 bulan. Sama seperti tahun sebelumnya pada tahun 2020, pneumonia dan diare masih menjadi masalah utama yang menyebabkan 73,9% kematian (pneumonia) dan 14,5% kematian (diare). Penyebab kematian lain di antaranya adalah kelainan kongenital jantung, kelainan kongenital lainnya, meningitis, demam berdarah, penyakit saraf, dan lainnya (Kemenkes RI, 2021).

- e. Fakta lain yang dikumpulkan dari publikasi Kemenkes dan Bank Dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di Posyandu semakin menurun dari 79% pada tahun 2007 menjadi 64% pada tahun 2013 dan anak belum mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Fakta lain adalah 2 dari 3 ibu hamil belum mengkonsumsi suplemen zat besi yang memadai serta masih terbatasnya akses ke layanan pembelajaran dini yang berkualitas (baru 1 dari 3 anak usia 3-6 tahun belum terdaftar

di layanan PAUD/Pendidikan Anak Usia Dini) (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

- f. Masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi.

Hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal. Menurut beberapa sumber (Riskesdas 2013, SDKI 2012), komoditas makanan di Jakarta 94% lebih mahal dibanding dengan di New Delhi, India. Harga buah dan sayuran di Indonesia lebih mahal daripada di Singapura. Terbatasnya akses ke makanan bergizi di Indonesia juga dicatat telah berkontribusi pada 1 dari 3 ibu hamil yang mengalami anemia (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

- g. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi.

Data yang diperoleh di lapangan menunjukkan bahwa 1 dari 5 rumah tangga di Indonesia masih Buang Air Besar (BAB) di ruang terbuka, serta 1 dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum bersih. *Stunting* dapat terjadi karena faktor langsung maupun tidak langsung. Faktor langsung *stunting* adalah status gizi ibu saat hamil, penyakit infeksi, dan status gizi balita sendiri, sedangkan untuk faktor tidak langsung dapat terjadi dari berbagai aspek. Salah satu faktor tidak langsung penyebab *stunting* adalah *Water, Sanitation and Hygiene* (WASH), yang terdiri dari sumber air minum, kualitas fisik air minum, kepemilikan jamban dan hygiene yaitu kebiasaan cuci tangan. WASH mempengaruhi status gizi *stunting* pada balita melalui penyakit infeksi

yang dialami (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

Kebiasaan buang air besar di tempat terbuka telah terbukti berhubungan dengan peningkatan kejadian *stunting*. Hal ini disebabkan karena kotoran manusia dapat menjadi media bagi lalat ataupun serangga lainnya untuk menyebarkan bakteri pada peralatan rumah tangga terutama peralatan makan, sehingga berisiko menyebabkan diare. Diare berulang dan sering pada anak-anak dapat meningkatkan kemungkinan *stunting* dikarenakan hilangnya zat gizi yang telah dan akan terserap oleh tubuh serta penurunan fungsi dinding usus untuk penyerapan zat gizi. Selain itu, kotoran manusia juga dapat mengkontaminasi lingkungan sekitarnya, sehingga dampaknya tidak hanya terhadap satu orang atau satu keluarga, tetapi juga orang-orang lain di sekitar mereka (Oktia, Dokter and Bsmi, 2020).

3. Dampak *Stunting*

Stunting menjadi suatu permasalahan global yang harus diatasi karena dihubungkan dengan peningkatan risiko kesakitan, kerusakan memori bahkan kematian, serta menyebabkan terhambatnya pertumbuhan mental dan perkembangan motorik pada anak. Terdapat dampak jangka panjang yang dapat timbul akibat *stunting* yaitu berkurangnya prestasi belajar dan kapasitas kerja serta menimbulkan kerugian yang tinggi pada masa yang akan datang bagi negara (De Onis & Branca, 2016) dalam (Wanimbo dan Wartiningih, 2020).

Adapun dampak yang ditimbulkan *stunting* dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang. Untuk dampak jangka pendek sendiri antara lain, peningkatan kejadian kesakitan dan kematian, perkembangan kognitif, motorik dan verbal pada anak tidak optimal dan peningkatan biaya kesehatan. Pada dampak jangka panjang dapat berisiko menjadikan postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya), meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya, menurunnya kesehatan reproduksi, kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah, dan produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal (Kemenkes RI, 2018a).

Akibat jangka panjang lainnya yang dapat ditimbulkan pada anak yang menderita *stunting* adalah menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua, *stunting* juga dapat meningkatkan risiko obesitas (Sumardilah dan Rahmadi, 2019).

4. Upaya Penanggulangan *Stunting*

Stunting merupakan salah satu target dari *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang merupakan tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2025. Untuk

mewujudkan hal tersebut, pemerintah menetapkan *stunting* sebagai salah satu program prioritas (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga, upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi *stunting* meliputi ibu hamil dan bersalin dengan melakukan intervensi pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan, mengupayakan jaminan mutu *Antenatal Care* (ANC) terpadu, meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan, menyelenggarakan program pemberian makanan Tinggi Kalori, Protein, dan Mikronutrien (TKPM), deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular), pemberantasan kecacingan, meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI eksklusif dan penyuluhan dan pelayanan Keluarga Berencana (KB). Kemudian sasaran selanjutnya yaitu balita dengan melakukan pemantauan pertumbuhan balita, menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita, menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak dan memberikan pelayanan kesehatan yang optimal. Kemudian anak usia sekolah dengan melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), menguatkan kelembagaan Tim Pembina UKS, menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS) dan memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba. Lalu kepada remaja dengan meningkatkan penyuluhan untuk Perilaku Hidup

Bersih Dan Sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba serta pendidikan kesehatan reproduksi dan yang terakhir intervensi pada usia dewasa muda dengan melakukan penyuluhan dan pelayanan Keluarga Berencana (KB), deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular) dan meningkatkan penyuluhan untuk Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba (Kemenkes RI, 2018).

Adapun untuk upaya pencegahan *stunting* yakni rekomendasi rencana aksi intervensi *stunting* diusulkan menjadi 5 pilar utama sebagai berikut: (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

- a. Pilar 1: Komitmen dan Visi Pimpinan Tertinggi Negara
- b. Pilar 2: Kampanye Nasional berfokus pada Peningkatan Pemahaman, Perubahan Perilaku, Komitmen Politik dan Akuntabilitas
- c. Pilar 3: Konvergensi, Koordinasi, dan Konsolidasi Program Nasional, Daerah, dan Masyarakat.
- d. Pilar 4: Mendorong Kebijakan “*Food Nutritional Security*”. Pilar ini berfokus untuk pemenuhan kebutuhan gizi dan pangan masyarakat, mencakup pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi keluarga, pemberian bantuan pangan dan makanan tambahan, investasi dan inovasi pengembangan produk, dan keamanan pangan sejalan dengan amanat Undang-Undang No. 36/2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang No. 18/2012 tentang Pangan.

- e. Pilar 5: Pemantauan dan Evaluasi, sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan percepatan pembelajaran. Pemantauan dan evaluasi akan menitikberatkan pada: (a) Dampak dan capaian program; (b) Output kunci; dan (c) Faktor-faktor yang mendukung percepatan pencegahan *stunting*.

B. Tinjauan Umum Baduta

Usia 0-24 bulan merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, sehingga kerap diistilahkan sebagai periode emas sekaligus periode kritis (Kemenkes, 2016). Periode emas dapat diwujudkan apabila pada masa ini bayi dan anak memperoleh asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang yang optimal. Sebaliknya apabila bayi dan anak pada masa ini tidak memperoleh makanan sesuai kebutuhan gizinya, maka periode emas akan berubah menjadi periode kritis yang akan mengganggu tumbuh kembang bayi dan anak, baik pada saat ini maupun masa selanjutnya (Depkes RI, 2006). Periode emas merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan, dimana periode ini terjadi pada umur 0-24 bulan. Pada usia ini dibutuhkan pemenuhan gizi yang adekuat, hal ini dikarenakan akibat yang terjadi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi kembali (Mitra, 2015).

Usia dua tahun pertama di dalam kehidupan adalah usia yang paling kritis sehingga disebut “jendela peluang (*window of opportunity*)”, karena mencegah kurang gizi sangat berarti untuk kelompok usia dua tahun

pertama pada khususnya dan masyarakat pada umumnya. Meskipun kerusakan sudah terjadi dan seharusnya dihindari sejak dari usia 9 bulan sampai usia 24 bulan, kerentanan anak terhadap penyakit dan risiko kematian masih tetap tinggi di usia lima tahun pertama. Itulah sebabnya banyak intervensi kesehatan dan gizi yang difokuskan pada anak di bawah lima tahun (Huriah, 2014) dalam Rahayu, dkk (2016).

C. Tinjauan Umum ASI Eksklusif

1. Pengertian ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah tidak memberi bayi makanan dan minuman lain kepada bayi termasuk air putih, selain menyusui (kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes lahir, ASI perah juga diperbolehkan) (Kementerian Kesehatan RI, 2014). ASI eksklusif adalah bayi masih disusui, sejak lahir dan tidak mendapatkan makanan atau minuman selain ASI selama 24 jam terakhir (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia/Kemenkes RI, 2018). ASI merupakan makanan alami pertama untuk bayi yang memberikan semua vitamin, mineral dan nutrisi yang diperlukan oleh bayi untuk pertumbuhan dalam enam bulan pertama dan tidak ada makanan atau cairan lain yang diperlukan. ASI memenuhi setengah atau lebih kebutuhan gizi anak pada tahun pertama hingga tahun kedua kehidupan (WHO, 2002) dalam artikel (Khrist, 2011). ASI mengandung gizi yang memadai dimana ASI memenuhi segala kebutuhan bayi di awal-awal kehidupannya. ASI sangat penting untuk anak untuk mencapai perkembangan yang terbaik dimana, kualitas ASI selalu baik

karena dalam proses produksinya ASI akan selalu mengambil zat-zat penting yang ada dalam tubuh ibu. Kalau makanan ibu kurang, maka nutrisi akan diambil dari cadangan nutrisi dalam tubuh ibu. Kalau kategori gizi ibu baik atau sedang, produksi ASI juga akan selalu baik (Falikhah, 2014).

ASI adalah makanan bayi yang paling sempurna, baik dari segi gizi, antibodi dan psikososial. ASI mempunyai peran penting terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Menurut Anderson & Remley, 1999 dalam Erni Maywita (2018) hasil metaanalisis menunjukkan bahwa anak-anak yang diberi ASI secara signifikan mempunyai fungsi kognitif lebih tinggi dibandingkan anak-anak yang diberi susu formula dan perbedaan ini stabil sepanjang pertambahan usia. Ditemukan juga bahwa lamanya pemberian ASI berhubungan dengan pertumbuhan panjang badan terutama pada anak usia di bawah tiga tahun (Marquis, 1997; Simondon, et al, 2001; Ntab et al, 2005) dan (Anisa, 2012) dalam Erni Maywita (2018). Kurangnya pengetahuan ibu tentang pentingnya ASI dan maraknya promosi susu formula di zaman sekarang ini, menurut UNICEF, "*out of control*", merupakan hambatan yang menyebabkan tidak efektifnya promosi ASI Eksklusif (Erni Maywita, 2018).

WHO pada tahun 2003 mengeluarkan rekomendasi tentang praktik pemberian makan bayi yang benar yaitu berikan ASI sesegera mungkin setelah melahirkan (<1 jam) dan secara eksklusif selama 6 bulan, kemudian rekomendasi ke dua berikan MP-ASI pada usia genap 6 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. *World Health Organization* (WHO) dan *United Nations International Children's* (UNICEF) dalam *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* mengatur pola pemberian makan terbaik pada bayi dari lahir sampai usia dua tahun untuk meningkatkan kualitas kesehatan pada bayi dan anak dengan cara memberikan Air Susu Ibu (ASI) kepada bayi segera dalam waktu satu jam setelah bayi lahir, memberikan ASI saja atau pemberian ASI secara eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, memberikan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan serta meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih. WHO pada tahun 2012 dalam WHO (2018) menunjukkan hanya sekitar 38 persen bayi usia 0-6 bulan diseluruh dunia yang diberi ASI eksklusif dimana target pemberian ASI eksklusif meningkat menjadi 50 persen di tahun 2025. Menyusui 0-23 bulan dapat menyelamatkan lebih dari 230.000 nyawa anak-anak dibawah 5 tahun setiap tahunnya (WHO, 2018).

2. Manfaat ASI Eksklusif

Pemberian ASI eksklusif sangat berperan dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian anak, dikarenakan ASI merupakan makanan terbaik yang mengandung nutrisi yang sangat dibutuhkan oleh bayi pada usia 0-6 bulan. Selain itu, ASI juga mengandung enzim, hormon,

kandungan imunologik dan anti infeksi (Munir, 2006) dalam (Diza Fathamira Hamzah, 2018). ASI memiliki peranan penting dalam menjaga kesehatan dan kelangsungan hidup bayi, karena bayi yang diberi ASI secara eksklusif memiliki daya tahan tubuh yang lebih baik dibandingkan bayi yang tidak diberikan ASI eksklusif (Diza Fathamira Hamzah, 2018).

ASI mengandung kolostrum yang kaya akan antibodi karena mengandung protein untuk daya tahan tubuh dan bermanfaat untuk mematikan kuman dalam jumlah tinggi sehingga pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi risiko kematian pada bayi. Kolostrum berwarna kekuningan yang dihasilkan pada hari pertama sampai dengan hari ketiga. Hari keempat sampai hari kesepuluh ASI mengandung immunoglobulin, protein, dan laktosa lebih sedikit dibandingkan kolostrum tetapi lemak dan kalorinya lebih tinggi dengan warna susu yang lebih putih. Selain mengandung zat makanan, ASI juga mengandung enzim tertentu yang berfungsi sebagai zat penyerap yang tidak akan mengganggu enzim lain di usus. Susu formula tidak mengandung enzim tersebut sehingga penyerapan makanan sepenuhnya bergantung pada enzim yang terdapat di usus bayi (Profil Kesehatan Indonesia 2020, Kemenkes RI 2021). Kolostrum juga banyak mengandung nilai gizi lainnya yang tinggi seperti vitamin A, ASI juga mengandung asam amino esensial, zat kekebalan tubuh dan protein pengikat B12. Asam amino esensial sangat penting untuk meningkatkan jumlah sel otak bayi yang berkaitan dengan kecerdasan bayi (Hariani, 2018).

Selain mengandung zat makanan, ASI juga mengandung enzim tertentu yang berfungsi sebagai zat penyerap yang tidak akan mengganggu enzim lain di usus. Susu formula tidak mengandung enzim tersebut sehingga penyerapan makanan sepenuhnya bergantung pada enzim yang terdapat di usus bayi (Profil Kesehatan Indonesia 2020, Kemenkes RI 2021).

Menurut *WHO* (2011) dalam artikel Dewi pada tahun 2019 mengatakan bahwa, pemberian ASI kepada bayi memberikan kontribusi pada status gizi dan kesehatan pada bayi itu sendiri, karena semua zat gizi yang dibutuhkan bayi pada enam bulan pertama kehidupannya dapat dipenuhi pada pemberian ASI Eksklusif dan ASI dapat memenuhi setengah dari kebutuhan zat gizi bayi umur 7-12 bulan. Pada tahun kedua kehidupan bayi, ASI menyumbang sepertiga zat gizi yang dibutuhkan. Tidak diragukan lagi, bahwa ASI mengandung zat imunitas yang dapat melindungi bayi dari penyakit infeksi. Pemberian ASI juga berhubungan dengan pertumbuhan panjang badan anak. Dimana durasi menyusui berhubungan positif dengan pertumbuhan panjang, semakin lama anak disusui, semakin cepat mereka tumbuh baik pada tahun kedua dan ketiga masa kehidupan (Dewi A P, 2019).

Pemberian ASI eksklusif terlalu lama (>6 bulan) dapat menyebabkan bayi kehilangan kesempatan untuk melatih kemampuan menerima makanan lain sehingga susah menerima bentuk makanan selain cair. Hal tersebut dapat menyebabkan *growth faltering* karena bayi mengalami defisiensi zat gizi. Sebuah penelitian di Senegal menyatakan bahwa ASI

eksklusif yang diberikan selama lebih dari 2 tahun berhubungan dengan rata-rata *z-score* TB/U yang rendah. Pada penelitian tersebut, ditemukan prevalensi *stunting* yang lebih tinggi pada balita yang diberikan ASI eksklusif selama lebih dari 2 tahun (Anugraheni, 2012).

Meskipun begitu banyak hal bermanfaat yang didapat dengan memberikan ASI secara eksklusif, tidak hanya bagi anak tetapi juga bagi ibu. Menurut (Falikhah, 2014) dalam (*The urban mama, "ASI dan Menyusui*) manfaat ASI dalam meningkatkan kesehatan bayi diantaranya yaitu:

- a. Bayi yang diberikan ASI 16,7 kali lebih jarang menderita pneumonia (radang paru)
- b. Risiko dirawat karena penyakit saluran pernafasan 3 kali lebih jarang daripada bayi yang diberikan susu formula
- c. Bayi yang diberikan ASI 47% lebih jarang diare/mencret dan 23,5% lebih jarang menderita diare yang fatal (menyebabkan kematian)
- d. Bayi yang diberikan ASI 6-8 kali lebih jarang menderita kanker (leukemia limphositik, neuroblastoma, lymphoma maligna)
- e. Mengurangi risiko diabetes/ kencing manis
- f. Mengurangi risiko obesitas/ kegemukan di masa mendatang
- g. Terhindar dari kurang gizi
- h. Mengurangi risiko terkena penyakit jantung dan pembuluh darah
- i. Bayi yang diberikan ASI lebih jarang menderita alergi
- j. Mengurangi kemungkinan terkena penyakit asma

- k. Mengurangi terkena infeksi dari bubuk susu formula yang tercemar
- l. ASI awal atau kolostrum yang berwarna kuning keemasan mengandung zat gizi dengan konsentrasi tinggi, memberikan perlindungan akan berbagai penyakit infeksi, juga memiliki efek laksatif yang akan membantu bayi mengeluarkan tinja pertama (*meconium*) dari sistem pencernaannya. Sehingga efeknya juga akan membantu mengeluarkan bilirubin dari darah dan melindungi bayi dari kuning (*jaundice*).

Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa bayi yang mendapatkan ASI memiliki kemampuan kognitif dan kepandaian yang secara umum lebih tinggi dibandingkan anak yang tidak mendapatkan ASI.

3. Kandungan Gizi ASI

ASI mengandung semua nutrien untuk membangun dan menyediakan energi dalam susunan yang diperlukan. ASI tidak memberatkan fungsi traktus digestifus dan ginjal serta menghasilkan pertumbuhan fisik yang optimum. Secara alamiah kualitas ASI ditentukan oleh kandungan bahan-bahan sebagai berikut:

Tabel 1.2
Kandungan Bahan-bahan dalam ASI untuk Menentukan Kualitas ASI

No	Golongan	Kandungan ASI
1	<i>Nutrient</i>	a. Zat gizi: Protein, lemak dan hidrat arang b. Vitamin: A, D, B dan C c. Mineral: Fe dan Ca
2	<i>Non-Nutrient</i>	Zat-zat gizi pencegah terjadinya infeksi: laktoferin, lisozim, Ig A sekretoris, komplemen (C3 dan C4) dan sel-sel mikrofaag atau limfosit
3.	Unsur Sampingan	Zat kimia yang diekskresikan ke dalam ASI, dapat menguntungkan tetapi dapat merugikan tumbuh kembang

		misalnya nikotin, alkohol, dan lain-lain. Variasi dalam komposisi dipengaruhi oleh faktor-faktor yaitu keadaan atau gizi ibu, tahap laktasi, lama waktu menyusui, dan makanan ibu sehari-hari.
--	--	--

Sumber: Peranan Gizi Dalam Kehidupan, 2012

Adapun komposisi ASI mengandung sebagian besar air sebanyak 87,5%. Oleh karena itu bayi yang mendapat cukup ASI tidak perlu mendapat tambahan air walaupun berada di tempat yang bersuhu panas. Kekentalan ASI sesuai dengan saluran cerna bayi sehingga tidak menyebabkan bayi mengalami diare. Komposisi ASI terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, mineral dan vitamin sebagai berikut (Falikhah, 2014):

a. Karbohidrat

Laktosa adalah karbohidrat utama dalam ASI yang berfungsi untuk otak. Kadar laktosa yang terdapat dalam ASI hampir dua kali lipat dibanding laktosa yang ditemukan pada susu formula. Kadar karbohidrat dalam kolostrum tidak terlalu tinggi tetapi jumlahnya meningkat terutama laktosa pada ASI transisi (7-14 hari setelah melahirkan). Setelah melewati masa ini maka kadar karbohidrat ASI relatif stabil (Badriul, 2008) dalam (Falikhah, 2014).

b. Protein

Kandungan protein dalam ASI cukup tinggi. Protein dalam ASI terdiri dari protein *whey* dan *casein*. Kadar protein *whey* yang lebih tinggi menyebabkan ASI mudah diserap dan dicerna.

c. Lemak

Kadar lemak dalam ASI pada mulanya rendah kemudian meningkat jumlahnya. Lemak ASI berubah setiap kali diisap oleh bayi yang terjadi secara otomatis. Komposisi lemak pada 5 menit pertama isapan akan berbeda dengan 10 menit kemudian. Kadar lemak pada hari pertama berbeda dengan hari kedua dan akan berubah menurut perkembangan bayi dan kebutuhan energi yang dibutuhkan bayi. Jenis lemak dalam ASI merupakan lemak rantai panjang yang merupakan salah satu kebutuhan sel jaringan otak dan sangat mudah dicerna serta mempunyai jumlah yang cukup tinggi. Dalam bentuk Omega 3, Omega 6, DHA dan *Acachidomid acid* merupakan komponen penting untuk meilinesi. Asam linoleat ada di dalam ASI dalam jumlah tinggi. Lemak ASI mudah diserap dan dicerna oleh bayi.

d. Mineral

ASI mengandung mineral yang lengkap, walaupun kadarnya relatif rendah tetapi cukup untuk bayi sampai umur 6 bulan. Zat besi dan kalsium di dalam ASI merupakan mineral yang sangat stabil dan jumlahnya tidak dipengaruhi oleh diet ibu.

e. Vitamin

Vitamin yang terkandung dalam ASI diantaranya vitamin K, vitamin D, vitamin E, vitamin A dan vitamin yang larut dalam air.

4. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Faktor nutrisi yang diperoleh sejak bayi lahir seperti tidak terlaksananya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dapat menjadi salah satu faktor terjadinya *stunting* (Kemenkes RI, 2018). Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini ini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara pendapat (Roesli 2008) dalam (Sunartiningsih, Fatoni and Ningrum, 2021).

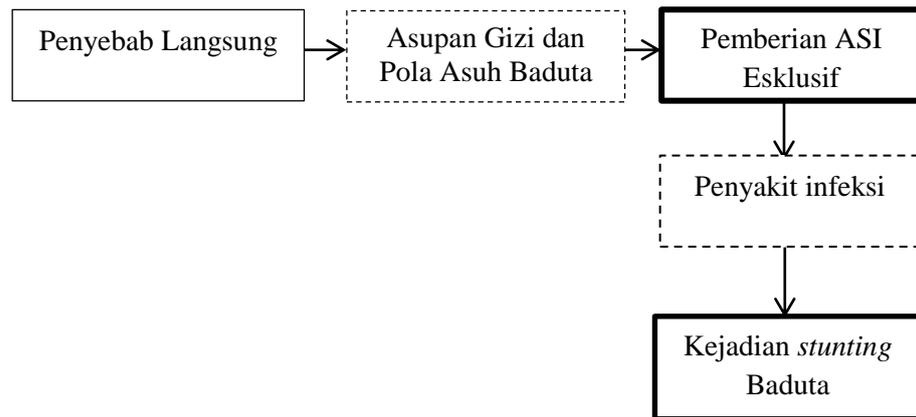
Pada tahun 2017, secara nasional persentase bayi baru lahir yang mendapat IMD sebesar 73,06%, artinya mayoritas bayi baru lahir di Indonesia sudah melakukan inisiasi menyusui dini. Provinsi dengan persentase tertinggi bayi baru lahir mendapat IMD adalah Aceh (97,31%) dan provinsi dengan persentase terendah adalah Papua (15%). Sedangkan Provinsi Sulawesi Selatan sendiri adalah 83,51% (Kemenkes RI, 2018).

WHO merekomendasikan Inisiasi Menyusui (Dini IMD) dalam satu jam pertama kelahiran, menyusui secara eksklusif selama enam bulan, diteruskan dengan makanan pendamping ASI sampai usia dua tahun (Kemenkes RI, 2012). Salah satu manfaat IMD bagi ibu adalah dapat meningkatkan produksi ASI. Refleksi hisapan bayi pada puting ibu akan merangsang produksi ASI. Semakin awal dan semakin sering bayi menyusui, payudara akan memproduksi ASI lebih banyak (Nugroho, 2011) dalam (Sunartiningsih, Fatoni and Ningrum, 2021).

Hasil penelitian pada Muchina dan Waithaka di Kenya tahun 2010 membuktikan bahwa anak (usia 0-24 bulan) yang tidak IMD berisiko 2 kali untuk mengalami *stunting* dibandingkan yang mendapat IMD. Keuntungan lainnya yang diperoleh oleh bayi yang IMD yakni memiliki peluang lebih besar untuk berhasil dalam ASI eksklusif. Hal itu dibuktikan oleh penelitian Jessica Irawan di Denpasar tahun 2018 bahwa ibu yang melaksanakan IMD memiliki peluang 5 kali lebih berhasil untuk memberikan ASI eksklusif. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sumiaty (2017) yang menunjukkan hasil analisis statistik bahwa terdapat hubungan variabel IMD dengan kejadian *stunting* (Sunartiningsih, Fatoni and Ningrum, 2021).

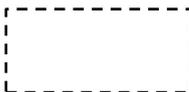
BAB III
KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep



Keterangan :

 = Variabel yang diteliti

 = Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2. Kerangka Konsep

A. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kejadian *stunting* dan ASI eksklusif pada baduta, dimana *stunting* itu sendiri merupakan gangguan pertumbuhan linier yang berlangsung dari saat kehamilan hingga berumur 24 bulan yang mengindikasikan kejadian jangka panjang dan dampak kumulatif dari