

**HUBUNGAN POLA ASUH PEMBERIAN ASI DENGAN
KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA 6 – 23
BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
PATIMPENG KABUPATEN BONE**

**AMALIA SUCI RAMADHAN REWO
K211 16 508**



**PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2020**

SKRIPSI

HUBUNGAN POLA ASUH PEMBERIAN ASI DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA ANAK USIA 6-23 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PATIMPENG KABUPATEN BONE

AMALIA SUCI RAMADHAN REWO

K211 16 508



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Gizi*

PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Gizi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, 02 Desember 2020

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha, M.Sc
NIP. 19490323 197703 1 002

Pembimbing II

Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK
NIP. 19630318 199202 2 001

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin



Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK
NIP. 19630318 199202 2 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

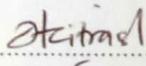
Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Rabu, 02 Desember 2020.

Ketua : Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha, M.Sc



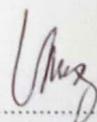
(.....)

Sekretaris : Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK



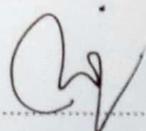
(.....)

Anggota : dr. Djunaidi M. Dachlan, MS



(.....)

dr. Devintha Virani, M.Kes., Sp.GK



(.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Amalia Suci Ramadhan Rewo
NIM : K211 16 508
Fakultas/Prodi : Kesehatan Masyarakat/Illmu Gizi

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi dengan judul “**Hubungan antara Pola Asuh Pemberian ASI dengan dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-23 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kabupaten Bone**” benar adalah asli karya penulis bukan merupakan plagiarisme dan atau pencurian hasil karya milik orang lain, kecuali bagian-bagian yang merupakan acuan dan telah disebutkan sumbernya pada daftar pustaka. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa skripsi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, November 2020

Yang menyatakan



Amalia Suci Ramadhan Rewo

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Program Studi Ilmu Gizi

Amalia Suci Ramadhan Rewo

“Hubungan Pola Asuh Pemberian ASI dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-23 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kabupaten Bone”

(xvi + 181 Halaman + 19 Tabel + 8 Lampiran)

Salah satu yang menggambarkan status gizi yang tidak optimal sehingga tidak tercapainya potensi pertumbuhan ialah *stunting*. Beberapa faktor penyebab stunting ialah IMD terlambat, pemberian air susu ibu (ASI) tidak eksklusif, serta makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) terlalu dini. WHO menyatakan masih banyak bayi dan anak-anak yang tidak mendapatkan makanan optimal, hanya sekitar 36% bayi yang berusia 0-6 bulan diseluruh dunia yang mendapatkan ASI eksklusif. Bayi baiknya diberikan air susu ibu atau secara eksklusif hingga usia 6 bulan dan menerima makanan pendamping air susu ibu sejak usia 6 bulan hingga 24 bulan juga meneruskan ASI hingga usia 24 bulan atau lebih. Penelitian ini bertujuan yaitu untuk mengetahui hubungan antara pola asuh ibu dalam memberikan ASI dengan kejadian stunting anak usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Patimpeng Kota Bone tahun 2020.

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik dengan desain *cross sectional*. Sampel berjumlah 125 baduta dengan teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah teknik *purposive sampling* dengan melihat kriteria inklusi dengan analisis univariat dan bivariat. Hasil penelitian menunjukkan terdapat (25.6%) anak yang menderita stunting. Pola asuh baduta didapatkan dari praktik IMD sebanyak 72%, praktik pemberian pralaktal 27.2%, praktik pemberian kolostrum 92.8%, praktik pemberian ASI Eksklusif 39.2%, waktu pemberian MP-ASI usia kurang dari 6 bulan sebanyak 60.8%. Hasil uji statistik menggunakan *chi square* antara lain terdapat hubungan yang nyata antara praktik pemberian makanan/minuman pralaktal ($p=0.021$), praktik pemberian kolostrum ($p=0.009$), dan frekuensi pemberian ASI sehari ($p=0.04$) dengan status gizi (PB/U) baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Patimpeng Kabupaten Bone. Serta tidak adanya hubungan positif antara praktik IMD ($p=0.83$), praktik pemberian ASI Eksklusif ($p=1.00$), dan waktu pertama pemberian MP-ASI ($p=1.00$) dengan kejadian stunting di wilayah kerja Puskesmas Patimpeng Kabupaten Bone dengan nilai $p>0.05$.

Terdapat hubungan yang nyata antara praktik pemberian makanan/minuman prelaktal, praktik pemberian kolostrum, dan frekuensi pemberian ASI sehari dengan status gizi (PB/U) baduta usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Patimpeng Kabupaten Bone. Serta tidak adanya hubungan positif antara praktik IMD, praktik pemberian ASI Eksklusif, dan waktu pertama pemberian MP-ASI dengan kejadian stunting di wilayah kerja Puskesmas Patimpeng Kabupaten Bone

Kata Kunci: Baduta, Status Gizi, *Stunting*, Pola Asuh Pemberian ASI

Daftar Pustaka: 1992-2019

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Alhamdulillah atas segala nikmat dan ridho Allah *Subhaanahu wa Ta'ala* dalam penyelesaian tugas akhir ini. Segala pencapaian bukanlah karena kehebatan mahluk ciptaan-Nya, tapi Allah *Subhaanahu wa Ta'ala* yang memberikan kemudahan atas segala urusan hamba-Nya. Shalawat dan salam kepada manusia terbaik Rasulullah Muhammad *Shallallahu 'alaihi wasallam*, nabi akhir zaman yang membawa kabar gembira untuk mereka yang senantiasa bertakwa kepada sang Pencipta.

Penyusunan skripsi dengan judul **“Hubungan Pola Asuh Pemberian ASI dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-23 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kabupaten Bone”** ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan studi di Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Keberhasilan penulis mulai sebelum penelitian hingga penyusunan skripsi ini tak lepas dari bantuan berbagai pihak. Pujian dan rasa terima kasih ini bukan untuk berbangga-bangga bagi mereka yang tertulis tetapi sebagai bentuk penyebutan atas nikmat-nikmat Allah yang tidak terhingga. Oleh karena itu, dengan kerendahan hati dan rasa hormat penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Andi Imam Arundhana, S.Gz, MPH selaku Penasehat Akademik yang selalu memberi bimbingan setiap memulai semester baru.
2. Prof. Dr. Dr. A. Razak Thaha, M. Sc sebagai pembimbing I dan Dr. Dr. Citrakesumasari, M.Kes, Sp.Gk sebagai pembimbing II yang selalu memberikan solusi dan arahan dalam penyempurnaan penyusunan tugas akhir ini.
3. dr. Devantha Virani, M.Kes., Sp.GK sebagai penguji I dan dr. H. Djunaidi M. Dachlan, MS sebagai penguji II yang telah memberikan saran dan kritikan membangun pada tugas akhir ini.
4. Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK selaku Ketua Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.ED selaku Dekan dan para Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat, serta seluruh staf Fakultas Kesehatan Masyarakat.
6. Seluruh dosen dan staf akademik Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas ilmu pengetahuan yang diberikan dan bantuannya dalam pengurusan akademik

7. Ibu Kepala Puskesmas Patimpneg, serta staf tata usaha, supervisor gizi, perawat/bidan bagian KIA, juga para pegawai yang selalu memberikan semangat dan bantuan selama penelitian berlangsung.
8. Ibu Rohani Syam dan Bapak Aminuddin M Rewo yang telah menjaga, menyayangi, dan membesarkan anak-anaknya sehingga penulis dapat menuntut ilmu dan menyelesaikan pendidikan hingga jenjang ini.
9. Seluruh Mahasiswa Ilmu Gizi angkatan 2016 sekaligus teman kelas yang selama ini menjadi penyemangat juga dalam berbagi pengalaman selama masa perkuliahan sebagai calon ahli gizi.
10. Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat baik senior maupun teman angkatan 2016 yang telah memberi kesan mendalam selama ini.
11. Sahabat terdekat yang selalu mendukung kala susah senang bersama. Sahabat yang memberi pelajaran berarti tentang kebaikan kepada sesama ciptaan Tuhan bahwa kebaikan itu tanpa keterpaksaan, tulus tanpa mengharap imbalan, dan menerima untuk menjadi yang lebih baik. Sahabat yang memberi warna tempat bernaung sehingga terasa hidup meski jauh dari tanah kelahiran.
12. Sahabat terdekat yang juga satu bimbingan bersama. Sahabat yang memilih gotong royong meski melewati banyak hambatan selama proses penelitian namun

di dalamnya kita mendapat pelajaran bersama. Sahabat yang selalu memberi arahan dan solusi cerdas disaat penulis buntu akan ide baru.

13. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu baik langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan skripsi ini.

Akhirnya, dengan segala kekurangan penulis yang tak luput dari kesalahan, karena kebenaran datangnya dari Allah *Subhaanahu Wa Ta'ala* dan semua kelalaian dari penulis pribadi sebagai makhluk tak sempurna. Oleh karena itu, peneliti sangat menghargai kritik dan saran yang membangun dari para pembaca demi penyempurnaan penyusunan skripsi ini.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....	iv
RINGKASAN	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah	7
C. Tujuan penelitian	7
1. Tujuan Umum	7
2. Tujuan Khusus.....	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Umum Stunting.....	9
a. Pengertian Stunting	9
b. Klasifikasi Stunting	11
c. Etiologi dan Faktor Deteminan Stunting.....	12
d. Dampak Stunting.....	14
B. Tinjauan Umum Pola Asuh.....	16
C. Tinjauan Umum ASI.....	25
D. Kerangka Teori	28

BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....	29
A. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian	29
B. Kerangka Konsep.....	30
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	31
D. Hipotesis Penelitian	33
BAB IV METODE PENELITIAN	35
A. Rancangan Penelitian.....	35
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	35
C. Populasi dan Sampel	35
D. Instrumen Penelitian	37
E. Pengumpulan Data	38
F. Pengolahan dan Analisis Data.....	50
G. Penyajian Data.....	46
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	47
A. Hasil Penelitian	47
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	47
2. Analisis Univariat.....	48
3. Analisis Bivariat.....	55
B. Pembahasan.....	60
BAB VI PENUTUP.....	74
A. Kesimpulan	74
B. Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN-LAMPIRAN	81
RIWAYAT HIDUP.....	99

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
Tabel 1. Definisi Operasional.	31
Tabel 2. Distribusi Karakteristik Baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kecamatan Patimpeng Kabupaten Bone Tahun 2020	49
Tabel 3. Distribusi Karakteristik Ibu Baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kecamatan Patimpeng Kabupaten Bone Tahun 2020	49
Tabel 4. Distribusi Praktik Inisiasi Menyusui Dini (IMD)	50
Tabel 5. Distribusi Praktik Pemberian Makanan/Minuman Pralaktal	51
Tabel 6. Distribusi Praktik Pemberian Kolostrum	51
Tabel 7. Distribusi Praktik Pemberian ASI Eksklusif.....	52
Tabel 8. Distribusi Waktu Pemberian MP-ASI Pertama	53
Tabel 9. Distribusi Frekuensi Pemberian ASI	53
Tabel 10. Distribusi Frekuensi Kejadian Stunting Pada Baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kecamatan Patimpeng Kabupaten Bone Tahun 2020	54
Tabel 11. Hubungan Praktik Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kecamatan Patimpeng Kabupaten Bone Tahun 2020	55
Tabel 12. Hubungan Praktik Pemberian Makanan/Minuman Pralaktal dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kecamatan Patimpeng Kabupaten Bone Tahun 2020.....	56
Tabel 13. Hubungan Praktik Pemberian Kolostrum dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kecamatan Patimpeng Kabupaten Bone Tahun 2020	57
Tabel 14. Hubungan Praktik Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kecamatan Patimpeng Kabupaten Bone Tahun 2020	58
Tabel 15. Hubungan Waktu Pemberian MP-ASI Pertama dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kecamatan Patimpeng Kabupaten Bone Tahun 2020	59

Tabel 16.Hubungan Frekuensi Pemberian ASI dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng Kacamatan Patimpeng Kabupaten Bone Tahun 2020.....	60
--	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 1. Kerangka Teori.....	28
Gambar 2. Kerangka Konsep.....	30
Gambar 3. Peta Wilayah Kerja Puskesmas Patimpeng.....	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
Lampiran 1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	81
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian.....	82
Lampiran 3. Kuesioner Penelitian.....	83
Lampiran 4. Hasil Analisis Data.....	85
Lampiran 5. Surat Izin Penelitian.....	95
Lampiran 6. Foto Kegiatan.....	98

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah status gizi menjadi masalah penting yang dihadapi dunia dan beberapa negara, salah satunya ialah Indonesia. Menurut data World Health Organization (WHO), lebih dari 50% kematian bayi dan anak terkait dengan gizi kurang dan gizi buruk (Susanti, 2017).

Salah satu yang menggambarkan status kesehatan dan gizi yang tidak optimal atau kurang sehingga tidak tercapainya potensi pertumbuhan atau gangguan pertumbuhan ialah *stunting*. Sedangkan indikator dalam mengidentifikasi gangguan pertumbuhan dengan menggunakan *WHO growth standar* yaitu nilai *z-score* panjang badan menurut umur (PB/U) kurang dari -2 Standar Deviasi (*World Health Organization*, 2016).

Suharjo (2010) menyatakan bahwa terdapat “masa kritis” dalam perkembangan otak manusia di mana juga masa yang sangat rawan terhadap gangguan gizi kurang dan ini berada sejak tiga bulan dalam kandungan sampai umur dua tahun, sehingga jika terjadi gangguan gizi kurang dapat menimbulkan kelainan-kelainan fisik maupun mental.

Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa anak yang pernah mengalami gizi kurang sewaktu masih bayi memiliki tingkat kecerdasan IQ yang lebih rendah, dibandingkan dengan anak yang tidak pernah mengalami gizi kurang sewaktu bayi.

Stewart et al tahun 2013 menyatakan beberapa faktor anak yang dapat menyebabkan stunting yaitu BBLR, Inisiasi menyusui dini (IMD) terlambat, pemberian Air Susu Ibu (ASI) yang tidak eksklusif, makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tidak sesuai baik kualitas maupun kuantitasnya, kualitas mikronutien jelek dan penyakit infeksi.

Dampak negatif yang dapat dikaitkan dengan kejadian stunting di antaranya peningkatan risiko kesakitan dan risiko kematian, gangguan perkembangan kognitif, motorik dan bahasa, kenaikan biaya kesehatan, peningkatan biaya perawatan sakit, orang dewasa yang pendek, obesitas, kesehatan reproduksi yang rendah dan rendahnya produktivitas.

Pertumbuhan dan perkembangan tersebut dapat diwujudkan secara optimal, apabila pada masa periode emas tersebut bayi memperoleh asupan gizi yang sesuai. Paradigma pertama 1000 hari kehidupan merupakan periode dari konsepsi dan memberi kesempatan dalam menyelamatkan kehidupan dan masa depan anak. ASI dianjurkan sebagai salah satu sumber eksklusif gizi dalam 6 bulan pertama .

Masalah pertumbuhan pada bayi dan balita banyak terjadi pada negara dengan penghasilan rendah yang dimulai dari sejak lahir sampai berumur 3 bulan akibatnya terjadi *stunting* (bayi pendek) (Solomons dan Vossenaar, 2013).

Menurut data 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%). Data prevalensi balita stunting yang dikumpulkan *World Health Organization* (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR).

Secara global, menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2011 lebih dari 25% jumlah anak yang berumur dibawah lima tahun yaitu sekitar 165 juta anak mengalami stunting, sedangkan untuk tingkat Asia, pada tahun 2005-2011 Indonesia peringkat kelima prevalensi stunting tertinggi (Nurdiana, 2019).

Rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4%. Kejadian balita stunting (pendek) merupakan masalah gizi utama yang dihadapi Indonesia. Berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG) selama tiga tahun terakhir prevalensi balita pendek mengalami peningkatan dari tahun 2016 yaitu 27,5% menjadi 29,6% pada tahun 2017.

Kondisi ini bertentangan dengan resolusi target global WHO pada gizi ibu dan anak yang menargetkan penurunan stunting pada anak sebesar 3,9 % pertahun antara tahun 2012 dan 2025. *World Health Organization* (2010) juga merekomendasikan angka dibawah 20% untuk kejadian stunting di suatu tempat.

Angka prevalensi stunting yang tinggi di Indonesia akan memberikan dampak negatif terhadap kualitas generasi di masa depan (Departemen Kesehatan 2018).

Sulawesi Selatan juga memiliki kasus pendek balita usia 0-23 bulan tertinggi keenam di Indonesia dengan persentase hampir menyentuh 35%. Kasus *stunting* dengan kategori sangat pendek di Sulawesi Selatan sekitar 13% dan kategori pendek sekitar 20% lebih sehingga disimpulkan kasus *stunting* di Sulawesi selatan perlu ditangani (Risksdas, 2018).

Maka dari itu untuk mencapai tumbuh kembang optimal, di dalam *Global Strategy Infant and You child Feeding*, WHO/UNICEF merekomendasikan empat hal penting yang harus dilakukan yaitu : pertama memberikan air susu ibu kepada bayi segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, kedua memberikan hanya air susu ibu (ASI) saja atau pemberian ASI secara eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, ketiga memberikan makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan, dan keempat meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih (Wahyuni, 2016).

Berdasarkan data WHO (2017) menyatakan masih banyak bayi dan anak-anak yang tidak mendapatkan makanan optimal, hanya sekitar 36% bayi yang berusia 0-6 bulan diseluruh dunia yang mendapatkan ASI eksklusif selama periode 2007-2014.

Proporsi Pola Pemberian ASI pada bayi usia 0-5 bulan di Sulawesi Selatan pada tahun 2018 hanya mencapai 47% namun tidak murni ASI Eksklusif. Sedangkan di Indonesia mencapai 50% namun hanya 37,3% yang melaksanakan ASI Eksklusif sisanya parsial dan predominan. Bayi yang diberikan ASI Eksklusif di Sulawesi Selatan hingga usia 5 bulan hanya 40% sisanya adalah ASI parsial dan ASI predominan (Risikesdas, 2018)

Berdasar data Risikesdas 2013 di Indonesia persentase proses mulai menyusui pada anak 0-23 bulan kurang dari satu jam (< 1 jam) setelah bayi lahir masih sangat rendah yaitu 34,5%. Data Risikesdas Tahun 2018 juga menunjukkan proporsi Inisiasi Menyusui Dini pada anak umur 0-23 bulan di Indonesia sebesar 58,2 % tidak hanya itu, Sulawesi Selatan pun malah mengalami penurunan dari tahun 2013-2018 dan hampir menyentuh angka 40% yang berarti menjauh dari proporsi target di tahun 2019 ialah 50% (Risikesdas, 2018).

Data persentase puskesmas patimpeng bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif tahun 2016 di antara sepuluh desa terdapat tiga desa masih dibawah target puskesmas yang sebesar 75%. Di antaranya desa Pacing, Latellang, dan Masagi yang masih di bawah 70%. Persentase tertinggi hanya 87,5% di desa Batu Lappa dan Talabangi. Desa lainnya dibawah 85% dan dua desa tepat pada persentase target. Tidak hanya itu berdasar data Dinas Kesehatan tahun 2019 di wilayah patimpeng beberapa desa memiliki prevalensi stunting 20%.

Adisasmito (2007) dalam *Pengantar Pangan dan Gizi* menjelaskan faktor penyebab kurang gizi, pertama makanan dan penyakit infeksi yang diderita, kedua ketahanan pangan, pola pengasuhan anak, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketiga faktor tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan.

Sejalan dengan penelitian oleh Handayani (2017) didapatkan hasil proporsi status gizi anak balita yang memiliki gizi kurang lebih tinggi pada responden dengan pola asuh tidak baik sehingga terdapat hubungan bermakna antara pola asuh dengan status gizi pada anak balita.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Paramashanti et al (2015) yang menyatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara IMD dengan Stunting tetapi bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aini (2013) pada 50 anak stunting dan tidak stunting dimana disimpulkan bahwa pemberian Inisiasi Menyusui Dini saat lahir berhubungan dengan kejadian stunting pada balita 0-24 bulan (Lubis, 2018).

Berdasarkan data-data tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti lebih jauh mengenai hubungan pola asuh pemberian Air Susu Ibu (ASI) dengan kejadian stunting balita usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Patimpeng kota Bone tahun 2020. Dalam penelitian ini populasi yang diambil adalah balita usia 6-23 bulan dengan alasan : Bayi usia 6 bulan telah menyelesaikan program ASI eksklusif, dan jika bayi usia > 24bulan dikawatirkan ibu lupa terhadap riwayat pola asuh gizi yang telah diberikan di masa lalu.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan uraian di atas dirumuskan suatu masalah yaitu apakah terdapat hubungan antara pola asuh ibu pemberian ASI dengan kejadian stunting pada anak usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Patimpeng kota Bone tahun 2020?

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan dilakukannya penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan antara pola asuh ibu dalam memberikan ASI dengan kejadian stunting anak usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Patimpeng Kota Bone tahun 2020?

2. Tujuan Khusus

- 1) Mendeskripsikan status gizi (PB/U) anak usia 6-23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Patimpeng Kota Bone.
- 2) Mendeskripsikan pola asuh pemberian ASI yang meliputi praktik IMD, praktik pemberian makanan/minuman pralaktal, praktik pemberian kolostrum, praktik pemberian ASI eksklusif, waktu pemberian MP-ASI, frekuensi pemberian ASI sehari.
- 3) Menguji hubungan praktik IMD, praktik pemberian makanan/minuman pralaktal, praktik pemberian kolostrum, praktik pemberian ASI eksklusif, waktu pemberian MP-ASI, frekuensi pemberian ASI sehari dengan status gizi (PB/U) anak usia 6–23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Patimpeng dan Kahu Kota Bone.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil dari penelitian ini diharapkan berguna bagi akademik serta dapat menjadi sumber informasi dalam pengembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat terutama di bidang ilmu gizi.

2. Manfaat Institusi

Memberikan informasi tentang hubungan hubungan pola asuh pemberian ASI dengan kejadian stunting pada anak usia 6 – 23 bulan di wilayah kerja Puskesmas Patimpeng tahun 2020.

3. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi wadah pembelajaran untuk mengasah kemampuan dan keterampilan meneliti serta dapat menerapkan ilmu yang diterima selama masa perkuliahan di Ilmu Gizi FKM Unhas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Stunting

a. Pengertian Stunting

Stunting atau disebut dengan “pendek” merupakan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama dalam 1.000 hari pertama kehidupan sehingga anak terlalu pendek untuk usianya (Persagi, 2018). *Stunting* adalah balita dengan status gizi yang berdasarkan panjang atau tinggi badan menurut umurnya bila dibandingkan dengan standar baku WHO MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) tahun 2006, nilai z scorenya kurang dari -2SD dan dikategorikan sangat pendek jika nilai z-scorenya kurang dari -3SD (TNP2K, 2017). *Stunting* adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi (MCA, 2017).

Hasil penelitian longitudinal data Indonesian Family Life Survey (IFLS) menunjukkan perubahan Z-score pertumbuhan pada usia dini hingga usia pra-pubertas dimana pendek pada usia dini yang tidak diikuti dengan keberhasilan dalam mengejar (*catch up*) pertumbuhan pada usia balita, sebanyak 77% akan tetap pendek pada usia pra pubertas. Sebaliknya, 84% anak yang pendek pada usia dini akan tumbuh normal pada usia pra-pubertas apabila berhasil mengejar pertumbuhannya pada usia balita (Aryastami, 2015).

Dari data riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 diketahui prevalensi balita *stunting* di Indonesia sebesar 37,2 %. Hal ini berarti dari 10 balita kemungkinan 3 sampai 4 anak balita mengalami *stunting*. Angka ini juga menunjukkan peningkatan prevalensi *stunting* sebesar 1,6 % jika dibandingkan data hasil riskesdas tahun 2010 yaitu 35,6 %. Kondisi ini bertentangan dengan resolusi target global *WHO* pada gizi ibu dan anak yang menargetkan penurunan *stunting* pada anak sebesar 3,9 % pertahun antara tahun 2012 dan 2025. *World Health Organization* (2010) merekomendasikan angka dibawah 20% untuk kejadian *stunting* di suatu tempat. Angka prevalensi *stunting* yang tinggi di Indonesia akan memberikan dampak negatif terhadap kualitas generasi di masa depan (Lubis, 2018).

Dalam Nurdiana 2018, *Stunting* sangat erat kaitannya dengan kebutuhan zat gizi pada masa pertumbuhan seperti energi, protein, dan mikronutrien. *Stunting* terjadi mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun (Kemenkes RI, 2014).

Selain melambatnya pertumbuhan fisik, *stunting* dapat dikenali juga dengan berbagai ciri yang muncul pada anak, seperti tanda pubertas yang terlambat tampak, performa buruk pada tes perhatian dan memori dalam belajar, pertumbuhan gigi yang terlambat, anak menjadi lebih pendiam dan tidak banyak melakukan *eye contact* pada usia 8-10 tahun, dan wajah tampak lebih muda dari usianya (Kemenkes, 2018g).

b. Klasifikasi Stunting

Penilaian status gizi balita yang paling sering dilakukan adalah dengan cara penilaian antropometri. Secara umum antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi (Kemenkes, 2017).

Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) yang dinyatakan dengan standar deviasi unit z (*Z-score*) (Kemenkes, 2017). Untuk mengetahui balita *stunting* atau tidak indeks yang digunakan adalah indeks panjang badan/tinggi badan menurut umur. Tinggi badan merupakan parameter antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan tulang. Tinggi badan menurut umur adalah ukuran dari pertumbuhan linear yang dicapai, dapat digunakan sebagai indeks status gizi atau kesehatan masa lampau (Kemenkes, 2011).

Status gizi bayi dikelompokkan berdasarkan *z-score* dari pengukuran PB dan U mengacu pada indeks PB/U referensi WHO/NCHS yang diperoleh dengan menggunakan rumus:

$$Z - Score = \frac{PB \text{ aktual} - PB \text{ median kelompok acuan}}{\text{standar deviasi kelompok acuan}}$$

Berikut klasifikasi status gizi *stunting* berdasarkan indikator tinggi badan per umur (TB/U) (Kemenkes, 2017).

I. Sangat pendek : $Zscore < -3,0 SD$

II. Pendek : $Zscore -3,0 SD \leq Z < -2,0 SD$

III. Normal : $Zscore \geq -2,0 SD$

c. Etiologi dan Faktor Determinan Stunting

Gangguan gizi pada 1000 hari pertama kehidupan anak (dari masa kandungan hingga usia dua tahun) dapat berdampak negatif untuk seumur hidup. Selain menyebabkan tidak optimalnya perkembangan otak yang akan berpengaruh terhadap kecerdasan dan prestasi belajar, hal ini juga menghambat pertumbuhan masa tubuh dan komposisi badan sehingga menurunkan tingkat imunitas dan produktivitas.

Salah satu bentuk umum untuk tinggi badan dan berat badan berdasarkan antropometri adalah rendahnya tinggi badan menurut usia dimana istilah yang biasa digunakan adalah stunting (pendek). Pendek menurut usia atau stunting adalah gangguan pertumbuhan yang terjadi pada balita dimana pertumbuhan fisik tidak sesuai dengan umur. Stunting mengacu kepada pendek yang merupakan bentuk dari kekurangan pertumbuhan linier yang gagal untuk mencapai potensial genetic yang merupakan kondisi sub-optimal kesehatan atau nutrisi (ACC/SCN, 2000).

Secara lebih detail, beberapa faktor yang menjadi penyebab *stunting* dapat digambarkan sebagai berikut (TNP2K, 2017) :

1. Praktek pengasuhan yang kurang baik termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan.

Salah satu asupan gizi yang penting dalam menunjang pertumbuhan dan perkembangan balita adalah ASI eksklusif. Rentang waktu pemberian ASI eksklusif yaitu usia 0-6 bulan termasuk ke dalam rentang periode emas, yaitu usia 0-24 bulan. Dalam periode emas atau masa kritis ini, terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang pesat. Periode emas dapat terwujud apabila balita memperoleh asupan nutrisi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal pada periode tersebut (Depkes RI, 2006).

Penelitian yang dilakukan di Kota Banda Aceh menyatakan bahwa kejadian stunting disebabkan oleh rendahnya pendapatan keluarga, pemberian ASI secara tidak eksklusif, pemberian MPASI yang kurang baik, imunisasi yang tidak lengkap, dimana faktor yang paling dominan pengaruhnya adalah pemberian ASI yang tidak eksklusif. MP-ASI diberikan/mulai diperkenalkan ketika balita berusia diatas 6 bulan. MPASI yang diberikan terlalu dini (sebelum umur enam bulan) dapat menurunkan konsumsi ASI dan gangguan pencernaan pada bayi serta dapat meningkatkan risiko penyakit infeksi seperti diare.

Hal ini dikaitkan dengan MPASI yang diberikan tidak sebersih dan tidak semudah ASI untuk dicerna oleh bayi dibawah enam bulan. Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MPASI 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 (Rahmad dan Miko, 2016).

2. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC-*Ante Natal Care* (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) *Post Natal Care* dan pembelajaran dini yang berkualitas.

Informasi yang dikumpulkan dari publikasi Kemenkes dan Bank Dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di Posyandu semakin menurun dari 79% di 2007 menjadi 64% di 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).

3. 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, SUSENAS). 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.

4. 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.

d. Dampak Stunting

Menurut WHO, dampak akibat *stunting* dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang. Dalam jangka pendek, *stunting* dapat

menyebabkan peningkatan kejadian kesakitan dan kematian, perkembangan kognitif, motorik, dan verbal tidak optimal, dan biaya kesehatan meningkat. Sedangkan, dampak jangka panjang dari *stunting* yaitu postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa dimana lebih pendek dibandingkan pada umumnya, risiko obesitas dan penyakit lainnya meningkat, kesehatan reproduksi menurun, kapasitas belajar dan performa saat masa sekolah menjadi kurang optimal, dan produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak maksimal (Kemenkes RI, 2018g).

Kekurangan gizi pada masa emas pertumbuhan anak dapat mempengaruhi fungsi system saraf pusat (SSP) dan pengembangan struktural SSP serta pengembangan sistem neurotransmitter (Georgieff, 2007). Kekurangan gizi dapat mengakibatkan gangguan fungsi otak secara permanen (Mitra, 2015).

Stunting di awal kehidupan seorang anak dapat menyebabkan kerusakan permanen pada perkembangan kognitif, yang diikuti dengan perkembangan motorik dan intelektual yang kurang optimal sehingga cenderung dapat menimbulkan konsekuensi terhadap pendidikan, pendapatan, dan produktivitas pada masa dewasa sehingga berpotensi menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan, dan memperlebar ketimpangan di suatu negara (Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, 2018).

Pengalaman dan bukti internasional menunjukkan bahwa *stunting* dapat menghambat pertumbuhan ekonomi dan menurunkan produktivitas pasar kerja. Hal ini mengakibatkan hilangnya 11% GDP (*Gross Domestic Products*) serta mengurangi pendapatan pekerja dewasa hingga 20%. Selain itu, *stunting* juga

dapat turut berpartisipasi dalam meningkatkan kesenjangan/*inequality* sehingga mengurangi 10% dari total pendapatan seumur hidup dan juga menyebabkan kemiskinan antar-generasi (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2017).

Pemerintah Indonesia mengalami kerugian yang besar akibat tingginya kejadian *stunting* akibat naiknya pengeluaran pemerintah terutama jaminan kesehatan nasional yang berhubungan dengan penyakit tidak menular seperti jantung, stroke, diabetes ataupun gagal ginjal. Hasil riset *World Bank* menggambarkan kerugian yang disebabkan oleh *stunting* mencapai 3-11% dari Pendapatan Domestik Bruto (PDB). Dengan nilai PDB 2015 sebesar Rp11.000 triliun, kerugian ekonomi Indonesia akibat *stunting* diperkirakan mencapai Rp300 triliun-Rp1.210 triliun per tahun (Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, 2017).

B. Tinjauan Umum Pola Asuh

1. Pengertian Pola Asuh

Menurut Soekirman (2000: 84), pola asuh adalah berupa sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal memberi makan, kebersihan, memberi kasih sayang, dan sebagainya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan (fisik dan mental).

2. Pola Asuh Pemberian ASI

Sedangkan menurut Zeitlin Marian (2000:122) yang dikutip oleh Amy Prahesti (2001: 21) mengatakan bahwa salah satu aspek kunci dalam pola asuh

gizi adalah praktek penyusuan dan pemberian MP-ASI. Lebih lanjut praktek penyusuan meliputi pemberian makanan pralaktal, kolostrum, menyusui secara eksklusif, dan praktek penyapihan. Adapun aspek kunci pola asuh adalah:

1.) Inisiasi Menyusui Dini (IMD):

Inisiasi menyusui dini adalah proses membiarkan bayi menyusui sendiri segera setelah kelahiran. Bayi memiliki kemampuan alami untuk menyusui sendiri selama diberikan kesempatan kontak kulit dengan ibunya (skin to skin contact) setidaknya selama satu jam segera setelah lahir (Roesli, 2008). Bayi yang mengalami skin to skin contact beberapa menit setelah kelahiran akan mencari puting susu dengan kecepatan yang berbeda - beda. Inisiasi menyusui dini merupakan salah satu dari 10 Langkah Keberhasilan Menyusui yang dianjurkan WHO (Menkokesra, 2008).

Terdapat lima tahapan dalam inisiasi menyusui dini. Setelah diletakkan diantara payudara ibunya dalam 30 menit pertama, bayi menyesuaikan dengan lingkungan dan sesekali melihat pada ibunya. Tahap kedua, selama sekitar 10 menit kemudian bayi mengeluarkan suara dan melakukan gerakan menghisap dengan memasukkan tangan ke dalam mulut. Tahap ketiga, bayi mengeluarkan air liur. Tahap keempat, bayi menekan - nekan perut ibu untuk bergerak ke arah payudara (breast crawl). Terakhir, bayi menjilati kulit ibu, memegang

puting susu dengan tangan, menemukan puting dan menghisapnya (Roesli, 2008).

Hubungan antara saat kontak ibu - bayi pertama kali terhadap lama menyusui. Bayi yang diberi kesempatan menyusui dini dengan meletakkan bayi diatas dada ibu dan terjadi kontak kulit kekulit setidaknya satu jam, hasilnya dua kali lebih lama disusui. Pada usia 6 bulan dan 1 tahun, bayi yang diberi kesempatan menyusui dini sekitar 59% dan 38% yang masih disusui. Bayi yang tidak diberi kesempatan menyusui dini tinggal 29% dan 8% yang masih disusui diusia yang sama. Selain itu bayi yang diberi kesempatan untuk menyusui dini, hasilnya delapan kali lebih berhasil ASI eksklusif (Fikawati, 2015).

2.) Pralaktal

Makanan pralaktal adalah makanan dan minuman yang diberikan kepada bayi sebelum ASI keluar, misal air kelapa, air tajin, madu, pisang, susu bubuk, susu sapi, air gula, dan sebagainya (Depkes RI, 2000:2). Kebiasaan memberikan makanan pralaktal harus dihindari karena dirasa tidak perlu dan malah bisa membahayakan bagi bayi dan ibu bayi (Savage, 1991:37).

Pemberian makanan/minuman pralaktal masih sering dilakukan terutama bagi bayi yang lahir di Rumah Sakit (RS) atau Rumah Sakit Bersalin (RSB). Pemberian ini didorong oleh sulitnya/sedikitnya ASI yang dihasilkan. Jenis minuman pralaktal yang diberikan biasanya adalah susu formula. Praktek pemberian ini menjadi semakin meningkat dengan banyaknya iklan dan poster mengenai susu formula yang terpasang di RS dan RSB.

Akibat lanjut dari hal ini bahwa ibu lebih senang memberi susu formula kepada bayinya dari pada menyusui. Sedangkan bagi ibu-ibu di pedesaan yang melahirkan dengan pertolongan dukun bayi biasanya juga masih sering memberi makanan pralaktal ini dengan alasan yang tidak jauh berbeda dengan diatas, yaitu bahwa ASI sulit keluar dan sangat lama sehingga bayi terus menangis. Pengetahuan gizi ibu yang rendah semakin mendorong praktek ini. Hal ini sangat berbahaya bagi kesehatan bayi, dan mengganggu keberhasilan menyusui (Depkes RI, 2000:2).

3.) Kolostrum

Kolostrum (susu pertama) adalah ASI yang keluar pada hari-hari pertama setelah bayi lahir (4-7 hari) berwarna kekuning-kuningan dan lebih kental karena mengandung banyak vitamin, protein, dan zat kekebalan yang penting untuk kesehatan bayi dari penyakit infeksi (Depkes RI, 2005:4).

Menurut Suhardjo, dkk (1986:114) cairan yang dikeluarkan dari buah dada ibu selama beberapa hari pertama setelah bayi dilahirkan merupakan suatu cairan yang menyerupai air, agak kuning yang dinamakan kolostrum. Cairan tersebut mengandung lebih banyak protein dan mineral serta sedikit karbohidrat dari pada susu ibu sesudahnya. Kolostrum juga mengandung beberapa bahan anti penyakit yang dialihkan melalui susu dari tubuh ibu kepada bayi yang diteteki. Bahan anti tersebut membantu bayi menyediakan sedikit kekebalan terhadap infeksi penyakit, selama bulan-bulan pertama dari hidupnya.

Meskipun kolostrum sangat penting untuk meningkatkan daya tahan bayi terhadap penyakit, namun masyarakat terutama ibu-ibu masih banyak yang tidak memberikan kolostrum kepada bayinya (Depkes RI, 2000:2).

4.) ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah air susu ibu (ASI) yang diberikan kepada bayi dari lahir sampai berusia enam bulan tanpa makanan tambahan lain (Yuliarti, 2010). Pemberian ASI eksklusif adalah tidak memberikan bayi makanan atau minuman lain, termasuk air putih, selain menyusui, kecuali obat-obatan dan vitamin atau mineral tetes, dimana pemberian ASI perah diperbolehkan (Kemenkes RI, 2014).

Pemberian ASI eksklusif dimulai sejak 30 menit setelah kelahiran bayi tanpa memberikan makanan pralakteal seperti air gula atau tajin kepada bayi yang baru lahir, menyusui sesuai dengan kebutuhan bayi, mencakup pemberian ASI pada malam hari dan cairan yang diperbolehkan hanya vitamin, mineral dan obat dalam sediaan *drops* atau sirup (Kemenkes RI, 2012).

Melalui *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, WHO/UNICEF merekomendasikan empat hal yang harus dilakukan untuk mencapai tumbuh kembang yang optimal, yaitu memberikan ASI kepada bayi segera dalam 30 menit setelah kelahiran bayi, memberikan ASI eksklusif sejak lahir sampai usia enam bulan, memberikan makanan pendamping air susu ibu (MPASI) sejak usia 6-24 bulan, dan meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih (Depkes RI, 2006).

Hal ini didukung oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui strategi Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) diantaranya merekomendasikan tiga tahap standar emas pemberian makanan pada bayi yang terdiri dari Inisiasi Menyusui Dini (IMD), ASI eksklusif selama enam bulan, yang diikuti dengan pemberian ASI dan makanan pendamping ASI (MPASI) hingga anak berusia minimal dua tahun (Kemenkes RI, 2019a).

ASI memiliki tiga jenis komposisi, yaitu kolostrum, ASI masa transisi, dan ASI matur. Kolostrum merupakan susu yang keluar pertama, kental, berwarna kekuningan, dan mengandung protein yang tinggi dan lemak yang rendah (Walyani, 2015).

Hal yang mendasar yang sangat berhubungan dengan pola pemberian ASI adalah

a. Pengetahuan Ibu mengenai ASI Eksklusif, baik maksud dan manfaat pemberian ASI bagi bayi.

b. Penyuluhan dan pengetahuan saling berhubungan dimana jika pengetahuan kurang maka dapat ditingkatkan melalui penyuluhan sehingga jika sedikit frekuensi penyuluhan yang dilakukan maka akan sulit pengetahuan ditingkatkan. Perubahan praktek yang diharapkan akan sulit terwujud.

c. ASI yang sedikit mendorong praktek pemberian ASI dilakukan secara parsial dimana ASI tetap diberikan dengan ditambah susu formula.

Faktor yang berpengaruh secara tidak langsung terhadap pemberian ASI antara lain,

d. Keterlibatan Sosial orang tua

e. Pekerjaan orang tua

Pendidikan orang tua, semua faktor tidak langsung terkait interaksi orang tua dengan lingkungannya sehingga menambah pengalaman berguna untuk melakukan praktek yang lebih baik (Satoto, 1990: 54).

5.) Waktu Pemberian MP-ASI

Setelah enam bulan, produksi ASI menurun sehingga kebutuhan nutrisi bayi baik makronutrien maupun mikronutrien tidak dapat terpenuhi hanya oleh ASI. Dalam hal ini, peranan Makanan Pendamping ASI (MPASI) menjadi sangat penting untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi tersebut. Disamping itu, keterampilan makan (oromotor skills) terus berkembang dan bayi mulai memperlihatkan minat akan makanan lain selain susu (ASI atau susu formula) (IDAI, 2015).

Pemberian makanan selain ASI terlalu dini membuat bayi menjadi mudah kenyang sehingga keinginan, frekuensi, dan kekuatan bayi dalam menyusui berkurang. Penurunan hisapan bayi dapat menurunkan stimulasi hormon prolaktin dan oksitosin sehingga menurunkan produksi ASI yang selanjutnya menyebabkan berkurangnya konsumsi ASI (Pace, 2001). Penelitian oleh Blair (2003) pada 95 ibu post partum yang menyusui ditemukan produksi ASI menurun apabila rangsangan hisapan bayi menurun atau berkurang (Blair, 2003).

Masalah gangguan pertumbuhan pada usia dini yang terjadi di Indonesia diduga kuat berhubungan dengan banyaknya bayi yang telah diberikan MPASI sejak usia satu bulan, bahkan sebelumnya sehingga tidak memperoleh ASI secara eksklusif. Penelitian oleh Rahmad (2017) menyatakan bahwa ASI eksklusif sebesar 4,2 kali dapat meningkatkan pertumbuhan pada anak dibandingkan ASI non eksklusif (Rahmad, 2017).

Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) pada waktu dan jumlah yang tepat dapat mencegah kematian pada balita sebanyak 6% sehingga pemberian ASI secara eksklusif selama enam bulan yang dilanjutkan sampai usia lebih dari tahun bersama MPASI yang tepat diperkirakan dapat mencegah kematian balita sebanyak 19% (Roesli, 2008).

6.) Frekuensi ASI

Masa Persiapan menyusui dimulai ketika hamil. Puting susu pun harus disiapkan sebelum melahirkan untuk menghindari kalau adanya inversi yang dapat menyusahakan bayi untuk menyusui. Calon ibu perlu diajarkan cara memberikan air susu pertama sebagai upaya memperbanyak ASI. Ketidaktahuan manfaat ASI dan pengaruh lingkungan dapat mempengaruhi keengganan menyusui anak. Kolostrum merupakan air susu pertama yang keluar selama 4-5 hari dengan rata-rata 30 cc. Air susu sebenarnya keluar setelah hari kelima. Fungsi kedua payudara baiknya diimbangkan dan tidak dibebankan pada satu payudara

agar tidak menurunkan fungsi salah satunya sebagai produsen ASI (Arisman, 2009).

Jumlah ASI yang disekresikan pada 6 bulan pertama sebesar 750 cc sehari. Volume ASI pada 6 bulan berikutnya menyusut menjadi 600 cc. Status Gizi tidak mempengaruhi mutu ASI hanya volume saja meski kadar gizi mikro sedikit lebih rendah (Hambraeus & Sjolín, 1970). Jumlah produksi ASI bergantung cadangan lemak yang tertimbun selama hamil dan dalam batas tertentu diet ibu selama menyusui anak (Jelliffe & Jelliffe, 1996).

Perkins dan Vannais (2004) menyatakan bahwa ketika bayi berusia 3-6 bulan frekuensi pemberian ASI sekitar 7-8 kali/hari. Neonatus yang sehat akan menyusui 8-12 kali perhari dengan lama menyusui 15-20 menit pada masing-masing payudara (Siregar, 2004). Semakin sering menyusui sampai payudara kosong maka produksi ASI pun akan semakin banyak (Roesli, 2005).

Susanti (2012) yang menyatakan ada pengaruh hisapan bayi terhadap produksi ASI pada ibu menyusui bayi usia 4-6 bulan. Hal ini disebabkan karena hisapan bayi dapat merangsang kelenjar-kelenjar di sekitar areola untuk mensekresi hormon oksitosin yang dapat mendorong ASI keluar lancar. Sebaliknya, ibu yang jarang menyusui bayinya maka pengeluaran ASI-nya tidak lancar. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Paramitha (2010) yang menunjukkan

bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara frekuensi menyusui dengan kenaikan berat badan bayi usia 1-6 bulan (Rini & Rahayu, 2015).

Selama masa neonatus, waktu menyusui yang baik yaitu lebih dari 15 menit. Lama menyusui juga berpengaruh terhadap pengeluaran ASI, ketika neonatus tidak dapat menyusu dengan benar, maka stimulus untuk mengeluarkan hormon produksi ASI terhambat (Arief, 2009).

Lama menyusui berkaitan dengan adanya refleks prolaktin yang merupakan hormon menyusui yang penting untuk memulai dan mempertahankan pengeluaran ASI. Stimulasi dari hisapan bayi akan mengirim pesan ke hipotalamus yang merangsang hipofisis anterior untuk melepas prolaktin. Jumlah prolaktin yang disekresikan dan jumlah ASI yang dihasilkan berkaitan dengan besarnya stimulus hisapan, frekuensi, intensitas, dan lama bayi menyusu (Bobak, 2004).

C. Tinjauan Umum ASI

1. Jenis ASI

ASI memiliki tiga jenis komposisi, yaitu kolostrum, ASI masa transisi, dan ASI matur. Kolostrum merupakan susu yang keluar pertama, kental, berwarna kekuningan, dan mengandung protein yang tinggi dan lemak yang rendah (Walyani, 2015).

Kolostrum dikeluarkan pada hari pertama kelahiran bayi, mengandung zat gizi dan antibodi yang lebih tinggi daripada ASI matur, dan terdiri dari protein 8,5%, lemak 2,5%, karbohidrat 3,5%, air 85,1%, serta garam dan

mineral 0,4%. ASI masa transisi disekresi pada hari ke-4 sampai ke-14 kelahiran bayi dan memiliki kadar protein yang semakin rendah. ASI matur yang keluar pada hari ke-14 sampai seterusnya mengandung laktosa (karbohidrat) yang relatif stabil sebagai komponen utama sebagai sumber energi untuk otak (Kemenkes RI, 2018c).

2. Kandungan ASI

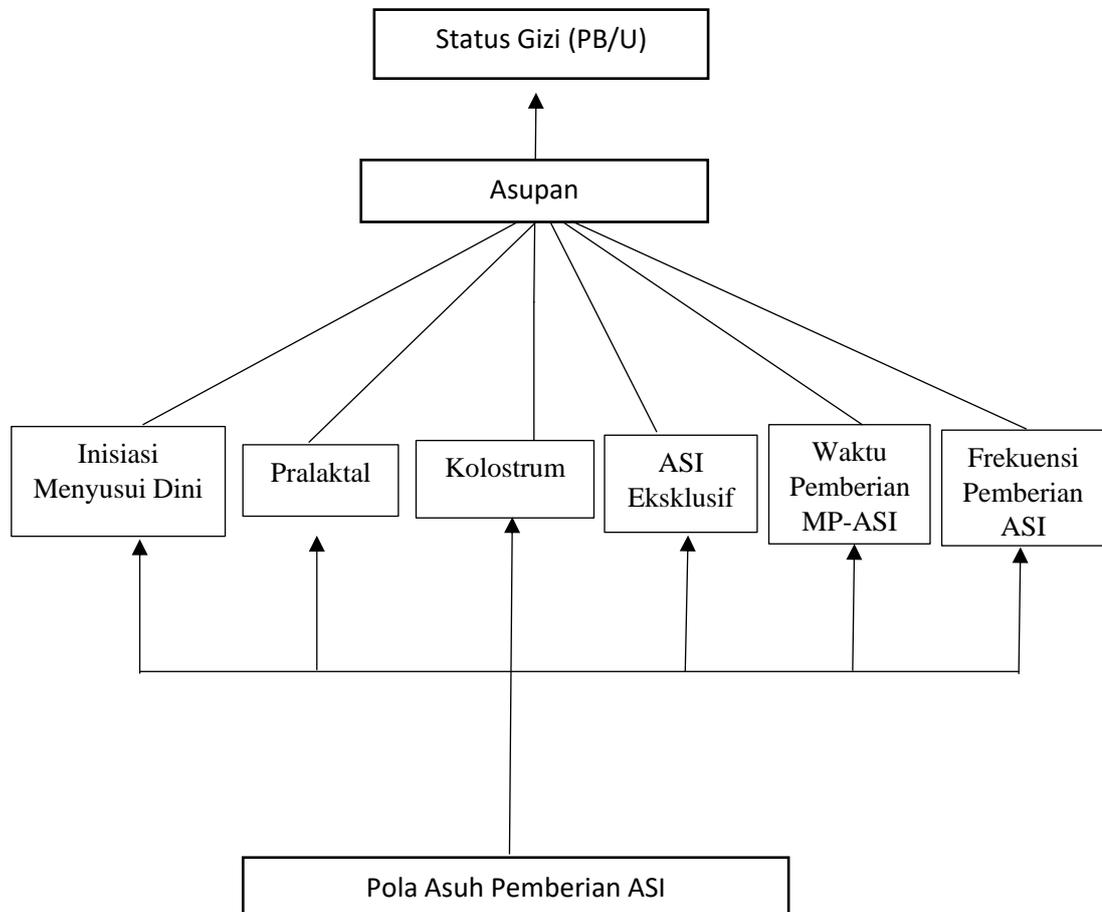
Lebih dari 200 unsur pokok utama seperti zat putih telur, lemak, karbohidrat, vitamin, mineral, faktor pertumbuhan, hormon, enzim, zat kekebalan dan sel darah putih terkandung dalam ASI secara proporsional dan seimbang (Roesli, 2000).

- a. Karbohidrat: ASI memiliki kandungan karbohidrat yang relatif tinggi jika dibandingkan dengan susu sapi (6,5-7 gram %). Karbohidrat utama dalam ASI yaitu laktosa kadar hampir dua kali lipat lebih banyak dibandingkan kadar laktosa pada susu sapi atau susu formula. Angka kejadian diare akibat tidak dapat mencerna laktosa (intoleransi laktosa) jarang ditemukan pada bayi yang mendapatkan ASI karena penyerapan laktosa ASI lebih baik dari laktosa susu sapi atau susu formula (IDAI, 2013c).
- f. Protein: Protein yang terkandung dalam ASI dan susu sapi (susu formula) terdiri dari protein whey dan kasein. Protein dalam ASI lebih banyak mengandung protein whey. Protein whey lebih mudah dicerna oleh usus bayi karena pengendapan dari protein whey lebih halus dari

kasein. Akan tetapi, susu sapi lebih banyak mengandung protein kasein yang lebih sulit dicerna oleh usus bayi (IDAI, 2013c).

- g. Lemak: ASI memiliki kadar lemak yang lebih tinggi daripada jenis susu lainnya, yang dibutuhkan oleh bayi dalam pertumbuhan otak yang cepat. Profil lemak yang terkandung pada ASI dan susu sapi memiliki perbedaan. ASI mengandung lemak omega 3 dan omega 6 untuk perkembangan otak bayi dan asam dokosaheksanoik (DHA) dan asam arakidonat (ARA) untuk perkembangan jaringan saraf dan retina mata (IDAI, 2013c).

D. Kerangka Teori



Sumber: Modifikasi penulis disesuaikan dari bagan UNICEF (1998). *The State of the World's Children 1998*. Oxford Univ. Press dalam Soekirman, 2000

Gambar 1. Kerangka Teori